

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**



TESIS

**INTERVENCIÓN COGNITIVO
CONDUCTUAL EN CÁNCER GINECOLÓGICO**

PRESENTA:

MIGUEL ÁNGEL GUTIÉRREZ BARRÓN

**COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO DE:
DOCTORADO EN FILOSOFÍA CON ORIENTACIÓN EN PSICOLOGÍA**

SEPTIEMBRE DE 2021

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
SUBDIRECCIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

DOCTORADO EN FILOSOFÍA CON ORIENTACIÓN EN PSICOLOGÍA



INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL EN CÁNCER GINECOLÓGICO

TESIS COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO DE DOCTOR EN
FILOSOFÍA CON ORIENTACIÓN EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

MC. MIGUEL ÁNGEL GUTIÉRREZ BARRÓN

DIRECTOR DE TESIS:

DR. JOSÉ MORAL DE LA RUBIA

MONTERREY, N. L., MÉXICO, SEPTIEMBRE DE 2021

INTERV. COG-CONDUCTUAL CÁNCER GINECOLÓGICO

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

SUBDIRECCIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

DOCTORADO EN FILOSOFÍA CON ORIENTACIÓN EN PSICOLOGÍA

La presente tesis titulada “Intervención cognitivo conductual en cáncer ginecológico”
presentada por M.C. Miguel Ángel Gutiérrez Barrón ha sido aprobada por el comité de tesis.

Dr. José Moral De La Rubia

Director de Tesis

Dr. Arnoldo Téllez López

Codirector de Tesis

Dra. Mónica Teresa González Ramírez

Revisor de Tesis

Dr. Cirilo H. García Cadena

Revisor de Tesis

Dra. Melina Miaja Ávila

Revisor de Tesis

Externo

Monterrey, N. L., México, septiembre del 2021

INTERV. COG-CONDUCTUAL CÁNCER GINECOLÓGICO

DEDICATORIA

A mis padres que sin importar el grado académico me ven como una persona completa.

A mi novia María Luisa Sánchez Méndez por su apoyo y confianza.

A mi director de la Facultad de Psicología el Dr. Álvaro Ascary Aguillón Ramírez por su motivación constante.

A mi director de Tesis el Dr. José Moral de la Rubia por ser un guía y fuente de conocimiento.

Al Dr. Cirilo H. García Cadena de quien valoro cada una de sus palabras para desarrollarme personal y profesionalmente.

Al Dr. Marco Tulio Garza quien se caracteriza por su apoyo invaluable durante los momentos más críticos y en esta etapa profesional, siempre estuvo ahí.

Al Dr. Víctor Manuel Padilla Montemayor quien con sutilidad me brindó las palabras necesarias para impulsarme a realizar este proyecto.

INTERV. COG-CONDUCTUAL CÁNCER GINECOLÓGICO

AGRADECIMIENTOS

Quiero expresar mi agradecimiento al Dr. José Moral de la Rubia, asesor y director de mi tesis por el apoyo constante y comprensivo que me brindó, por su ejemplo de trabajo constante dirigido al objetivo y porque de él aprendí a desarrollar competencias teóricas - metodológicas que me ayudan a mantener la búsqueda constante para encontrar las representaciones de las estructuras del conocimiento.

Agradezco a mi Codirector de tesis el Dr. Arnoldo Téllez López, quién me impulsó clínicamente al desarrollo cabal y ético del presente proyecto.

Agradezco la orientación y esfuerzo de mis revisores de tesis: Dra. Mónica Teresa González Ramírez, Dr. Cirilo H. García Cadena y Dra. Melina Miaja Ávila, los cuales desde sus expertices me brindaron el conocimiento necesario que me llevó a lograr cumplir con este proyecto.

Agradezco al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología el apoyo económico que me brindó al otórgame la beca para la realización de mis estudios.

Al exdirector de nuestra Facultad de Psicología Mtro. José Armando Peña Moreno y al actual director Dr. Álvaro Antonio Ascary Aguillón Ramírez, por el apoyo que me han brindado para cursar el Doctorado. Y a todas las personas que contribuyeron de una forma u otra en la realización de este trabajo.

INTERV. COG-CONDUCTUAL CÁNCER GINECOLÓGICO

Resumen

En esta investigación se evalúa y compara una intervención cognitivo conductual en mujeres con cáncer ginecológico a través de la medición de las variables estrés, autoestima, apoyo social y calidad de vida. Para ello se utiliza un estudio experimental test-retest con un grupo control (25) y un grupo experimental (25) en mujeres con cáncer ginecológico de entre 30 y 60 años. Los instrumentos que se utilizaron fueron el cuestionario de estrés percibido de cohen, cuestionario de apoyo social funcional de DUKE-UNC, la escala de autoestima de Rossemberg y la escala de calidad de vida EORTC QLQC30. Se realizaron pruebas de normalidad por medio de la prueba de Shapiro y Wilk, consistencia interna con alfa de Cronbach, prueba de rangos de Wilcoxon, comparación de grupos con la prueba U de Mann y Whitney y para tamaño del efecto correlación biserial por rango de Kerby y “r” de Rosenthal. Los resultados reportan diferencias significativas a favor del grupo experimental que evidencian los beneficios del modelo cognitivo conductual vs el grupo control.

Palabras clave: cáncer ginecológico, hipnosis, psicoeducativa, estrés, autoestima, apoyo social.

INTERV. COG-CONDUCTUAL CÁNCER GINECOLÓGICO

Abstract

This research evaluates and compares a cognitive behavioral intervention in women with gynecological cancer by measuring the variables stress, self-esteem, social support and quality of life. For this, an experimental test-retest study is used with a control group (25) and an experimental group (25) in women with gynecological cancer between 30 and 60 years old. The instruments used were the Cohen's Perceived Stress Questionnaire, the DUKE-UNC Functional Social Support Questionnaire, the Rossemberg Self-Esteem Scale and the EORTC QLQC30 Quality of Life Scale. Normality tests were performed using the Shapiro and Wilk test, internal consistency with Cronbach's alpha, Wilcoxon rank test, comparison of groups with the Mann and Whitney U test and for effect size biserial correlation by Kerby rank and "r" for Rosenthal. The results report significant differences in favor of the experimental group that show the benefits of the cognitive behavioral model vs the control group.

Keywords: gynecological cancer, hypnosis, psychoeducational, stress, self-esteem, social, cognitive behavioral support.

INTERV. COG-CONDUCTUAL CÁNCER GINECOLÓGICO

ÍNDICE

DEDICATORIA	3
AGRADECIMIENTOS	4
Resumen	5
Abstract	6
CAPÍTULO I.....	15
INTRODUCCIÓN	15
Planteamiento del problema.	18
Justificación de la Investigación	29
Objetivo general	33
Hipótesis.....	34
CAPÍTULO II	35
MARCO TEÓRICO.....	35
Antecedentes de la atención al paciente con cáncer.....	37
Psicooncología	42
El Cáncer Ginecológico	43
Psiconeuroinmunología.....	44
El diagnóstico del paciente con cáncer	46
El estrés y cáncer.....	49
El apoyo social en el cáncer.	52
Autoestima durante el cáncer.	55

INTERV. COG-CONDUCTUAL CÁNCER GINECOLÓGICO

Calidad de vida en cáncer ginecológico	56
Hipnosis y sus principales estrategias	58
Terapia Cognitivo conductual	60
Programas de intervención	63
CAPÍTULO III.....	66
MÉTODO.....	66
Diseño del Estudio.	67
Participantes:	67
Instrumentos:	68
Procedimiento	71
Intervención:	72
Aspectos éticos:	83
Análisis de datos	85
CAPÍTULO III.....	87
RESULTADOS.....	87
Análisis de consistencia interna y normalidad en la variable estrés, autoestima, apoyo social y calidad de vida en el total de la muestra (50 mujeres con cáncer ginecológico).....	88
Objetivo 1. Evaluar y comparar los niveles de estrés, autoestima, apoyo social y calidad de vida antes y después del tratamiento en el grupo experimental.....	95
1.1. Análisis de consistencia interna y normalidad de las variables estrés, autoestima, apoyo social y calidad de vida en el pretest del grupo experimental.....	95
1.2. Análisis de consistencia interna y normalidad de las variables estrés, autoestima,	

INTERV. COG-CONDUCTUAL CÁNCER GINECOLÓGICO

apoyo social y calidad de vida en el posttest del grupo experimental.	97
1.3. Comparación test-retest de la variable estrés en el grupo experimental.	99
1.4. Comparación test-retest de la variable autoestima en el grupo experimental.	100
1.5. Comparación test-retest de la variable Apoyo Social en el grupo experimental. ...	101
1.6. Comparación test-retest de la variable Calidad de Vida en el grupo experimental.	102
Objetivo 2. Evaluar y comparar los niveles de estrés, autoestima, apoyo social y calidad de vida antes y después del tratamiento en el grupo control.	108
2.1. Análisis de consistencia interna y normalidad de las variables estrés, autoestima, apoyo social y calidad de vida en el pretest del grupo control	108
2.2. Análisis de consistencia interna y normalidad de las variables estrés, autoestima, apoyo social y calidad de vida en el posttest del grupo control.....	110
2.3. Comparación test-retest de la variable estrés en el grupo control.....	112
2.4. Comparación test-retest de la variable autoestima en el grupo control.....	113
2.5. Comparación test-retest de la variable Apoyo Social en el grupo control.	114
2.6. Comparación test-retest de la variable Calidad de Vida en el grupo control.....	115
Objetivo 3. Comparar los niveles de estrés, autoestima, apoyo social y calidad antes del tratamiento entre el grupo control y experimental.....	122
3.1. Análisis Diferencial entre pretest en el grupo control y grupo experimental mediante el estadístico U de Mann Whitney y tamaño del efecto.....	122
Objetivo 4. Comparar los niveles de estrés, autoestima, apoyo social y calidad después del tratamiento entre el grupo control y experimental.....	126
4.1. Análisis Diferencial posttest en el grupo control y grupo experimental mediante el estadístico U de Mann Whitney y tamaño del efecto.	126

INTERV. COG-CONDUCTUAL CÁNCER GINECOLÓGICO

CAPÍTULO III.....	130
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	130
Objetivo 1. Evaluar y comparar los niveles de estrés, autoestima, apoyo social y calidad de vida antes y después del tratamiento en el grupo experimental.	131
Objetivo 2. Evaluar y comparar los niveles de estrés, autoestima, apoyo social y calidad de vida antes y después del tratamiento en el grupo control.....	134
Objetivo 3. Comparar los niveles de estrés, autoestima, apoyo social y calidad de vida antes del tratamiento entre el grupo control y experimental.....	137
Objetivo 4. Comparar los niveles de estrés, autoestima, apoyo social y calidad de vida después del tratamiento entre el grupo control y experimental.	139
CONCLUSIÓN.....	140
Limitaciones del estudio.	141
RECOMENDACIONES PARA FUTUROS ESTUDIOS.....	141
REFERENCIAS.....	143

INTERV. COG-CONDUCTUAL CÁNCER GINECOLÓGICO

ÍNDICE DE TABLAS.

<i>Tabla 1. Estructura de intervención psicológica.....</i>	<i>75</i>
<i>Tabla 2. Sesión 1.....</i>	<i>76</i>
<i>Tabla 3. Sesión 2.....</i>	<i>77</i>
<i>Tabla 4. Sesión 3.....</i>	<i>78</i>
<i>Tabla 5. Sesión 4.....</i>	<i>79</i>
<i>Tabla 6. Sesión 5.....</i>	<i>80</i>
<i>Tabla 7. Sesión 6.....</i>	<i>81</i>
<i>Tabla 8. Sesión 7.....</i>	<i>82</i>
<i>Tabla 9. Análisis de consistencia interna y normalidad de las variables estrés, autoestima, apoyo social y calidad de vida en el pretest de la muestra (50 mujeres).</i>	<i>89</i>
<i>Tabla 10. Análisis de consistencia interna y normalidad de las variables estrés, autoestima, apoyo social y calidad de vida en el posttest de la muestra (50 mujeres).</i>	<i>89</i>
<i>Tabla 11. Análisis de consistencia interna y normalidad de las variables estrés, autoestima, apoyo social y calidad de vida en el pretest del grupo experimental (25 mujeres).</i>	<i>96</i>
<i>Tabla 12. Análisis de consistencia interna y normalidad de las variables estrés, autoestima, apoyo social y calidad de vida en el posttest del grupo experimental (25 mujeres).</i>	<i>98</i>
<i>Tabla 13. Descripción de la escala de estrés percibido en el grupo experimental.</i>	<i>99</i>
<i>Tabla 14. Descripción de la escala de AUTOESTIMA en el grupo experimental.</i>	<i>100</i>
<i>TABLA 15. Descripción de la escala de apoyo social en el grupo experimental.</i>	<i>101</i>
<i>Tabla 16. Descripción del estado global de salud del instrumento de CALIDAD DE VIDA EORTC-QLQ-C30 en el grupo experimental.</i>	<i>102</i>
<i>Tabla 17. Descripción de las escalas funcionales del instrumento de CALIDAD DE VIDA</i>	

INTERV. COG-CONDUCTUAL CÁNCER GINECOLÓGICO

<i>EORTC QLQ-C30 en el grupo experimental.....</i>	<i>103</i>
<i>Tabla 18. Descripción de las escalas sintomáticas del instrumento de CALIDAD DE VIDA</i>	
<i>EORTC QLQ-C30 en el grupo experimental.....</i>	<i>105</i>
<i>Tabla 19. Análisis de consistencia interna y normalidad de las variables estrés, autoestima, apoyo social y calidad de vida en el pretest del grupo control (25 mujeres).</i>	
	<i>109</i>
<i>Tabla 20. Análisis de consistencia interna y normalidad de las variables estrés, autoestima, apoyo social y calidad de vida en el posttest del grupo control (25 mujeres).....</i>	
	<i>111</i>
<i>Tabla 21. Descripción de la escala de estrés percibido en el grupo control</i>	
	<i>112</i>
<i>Tabla 22. Descripción de la escala de AUTOESTIMA en el grupo control.....</i>	
	<i>113</i>
<i>Tabla 23. Descripción de la escala de APOYO SOCIAL en el grupo control.....</i>	
	<i>114</i>
<i>Tabla 24. Descripción del estado global de salud del instrumento de CALIDAD DE VIDA</i>	
<i>EORTC-QLQ-C30 en el grupo control.....</i>	<i>115</i>
<i>Tabla 25. Descripción de las escalas funcionales del instrumento de CALIDAD DE VIDA</i>	
<i>EORTC QLQ-C30 en el grupo control.</i>	<i>117</i>
<i>Tabla 26. Descripción de las escalas sintomáticas del instrumento de CALIDAD DE VIDA</i>	
<i>EORTC QLQ-C30 en el grupo control.</i>	<i>120</i>
<i>Tabla 27. Análisis Diferencial Pretest de grupo experimental y grupo control mediante la prueba de Rangos U de Mann-Whitney.</i>	
	<i>124</i>
<i>Tabla 28. Análisis Diferencial Posttest de grupo experimental y grupo control mediante la prueba de Rangos U de Mann-Whitney</i>	
	<i>128</i>

INTERV. COG-CONDUCTUAL CÁNCER GINECOLÓGICO

ÍNDICE DE FIGURAS.

<i>Figura 1. Gráficos Q-Q “Presencia de normalidad en la variable Estrés pretest y postest”</i>	91
<i>Figura 2. Gráficos Q-Q “Normalidad en la variable Autoestima del pretest y anormalidad en el postest.</i>	91
<i>Figura 3. Gráficos Q-Q “Presencia de anormalidad en Estado Global de Salud de EORTC qlq-c30”</i>	92
<i>Figura 4. Gráficos Q-Q “Presencia de anormalidad en las escalas funcionales de EORTC qlq-c30”</i>	93
<i>Figura 5. Gráficos Q-Q “Presencia de anormalidad en las escalas de síntomas de EORTC qlq-c30” (parte 1).</i>	94
<i>Figura 6. Gráficos Q-Q “Presencia de anormalidad en las escalas de síntomas de EORTC qlq-c30” (parte 2).</i>	94
<i>Figura 7. Escala de Estrés Percibido</i>	99
<i>Figura 8. Escala de autoestima de Rosenberg en el grupo experimental</i>	100
<i>Figura 9. Escala de Apoyo Social en el Grupo Experimental</i>	101
<i>Figura 10. Subescala de Estado Global de Salud, EORTC QLQC30</i>	102
<i>Figura 11. Escalas funcionales, EORTC QLQC30</i>	104
<i>Figura 12. Escalas de Síntomas, EORTC QLQC30 grupo experimental.</i>	106
<i>Figura 13. Escalas de síntomas EORTC QLQC30 por individual grupo experimental.</i>	107
<i>Figura 14. Escala de estrés percibido en el grupo control</i>	112
<i>Figura 15. Escala de Autoestima de Rosenberg en el grupo control</i>	113
<i>Figura 16. Escala de apoyo social funcional de DUKE-UNC</i>	114

INTERV. COG-CONDUCTUAL CÁNCER GINECOLÓGICO

<i>Figura 17. Escala de Estado Global de Salud, EORTC QLQC30</i>	<i>116</i>
<i>Figura 18. Escalas Funcionales, EORTC QLQC30.....</i>	<i>118</i>
<i>Figura 19. Escalas de síntomas EORTC QLQC30 por individual grupo control.....</i>	<i>122</i>

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

*El primer paso no
te lleva a donde quieres ir
pero te saca de donde estás.*

J.P. Morgan.

INTERV. COG-CONDUCTUAL CÁNCER GINECOLÓGICO

Introducción

Hoy en día, el cáncer es una de las principales causas de mortalidad en el mundo, la Organización Mundial de la Salud señala que en 2020 se presentaron 19'292,789 casos nuevos en todo el mundo y un total de 9'958,133 muertes. Del total de estas cifras las principales incidencias de tipos de cáncer en la mujer son: cáncer de mama con 2'261,419 († 684,996); cáncer cervicouterino 604,127 († 341,831); cáncer de cuerpo uterino 417,367 († 97,370); cáncer de ovario 313,959 († 207,252); cáncer de vulva 45,240 († 7,427) y cáncer de vagina 17,908 († 7,995). Para México en el año 2020 se presentó un total de 195,499 nuevos casos cada año y 90,222 muertes por cáncer. De estas incidencias el cáncer de mama presentó 29, 929 (7,931), cáncer cervicouterino 9,439 (4,335), cuerpo uterino 5,925 (3,083), cáncer de ovario 4,963 (3,038), cáncer de vulva 548 (174) y cáncer de vagina 233 (72) (OMS, 2020).

De acuerdo con las cifras expresadas es sumamente importante prestar atención psicológica especializada por profesionales que brinden acompañamiento en el sufrimiento del paciente, tomando en cuenta aspectos esenciales de atención (Coca et al., 2020) como el manejo del estrés (Holland & Alici, 2010), el autoestima (Silva-Muñoz, 2017), apoyo social (Helgeson et al., 2000) y calidad de vida (Viada et al., 2020). Esto debido, a que el cáncer ginecológico afecta a las mujeres y a su salud reproductiva, siendo un gran desafío epidemiológico que enfrentan países de bajos y medianos recursos donde comúnmente llega a existir la desigualdad de género además de la discriminación, en combinación, estas barreras significan un reto para las mujeres que enfrentan un cáncer que está asociado a la reproducción debido al retraso de la detección oportuna del cáncer (Knaul et al., 2012). De acuerdo con el Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC, 2019) el cáncer ginecológico es definido como cualquier

INTERV. COG-CONDUCTUAL CÁNCER GINECOLÓGICO

cáncer que se origina en los órganos reproductores de la mujer, es decir, en los órganos reproductores ubicados en la zona pélvica, entre ellos: el cáncer de cuello uterino, el cáncer de ovario, el cáncer de útero, el cáncer de vagina y el cáncer de vulva.

En países como el nuestro, los programas de detección precoz de cáncer han tenido un impacto mínimo en las tasas de incidencia y mortalidad por cáncer de cuello uterino, es importante el aumento de la educación de la población en el manejo de automuestras que faciliten la detección eficaz de este tipo de cáncer, debido a que entre las principales barreras que existen para estos programas se encuentran el miedo, el no sentirse enfermo e influencias por parte de la pareja (Arriba et al., 2010), en relación con esto se ha encontrado que las mujeres que viven en el centro y sur del país tienen mayor riesgo a morir de cáncer por cuello uterino que las mujeres que viven en el norte del país (Lazcano-Ponce et al., 2008), lo cual puede llegar a relacionarse a niveles mayores de pobreza.

Mundialmente, las mujeres pobres y con menor grado académico suelen ser la población más afectada por el cáncer de cuello uterino y de mama, ya que tienen menor acceso a la detección precoz. Aunque se pudiera pensar que durante la edad adulta el conocimiento sobre el cáncer podría ser mayor, existen diversas barreras socioculturales, las cuales limitan la cercanía con los cuidados que podrían evitar la enfermedad, tales como el papanicolaou y la mamografía. Lo anterior es demostrado con ideas comúnmente recurrentes acerca de que el cáncer es una enfermedad mortal, estas creencias están relacionadas con el simple hecho de que al hablar sobre el cáncer o tan solo nombrarlo se puede adquirir la enfermedad y descripciones sobre que el cáncer es una enfermedad terrible que es inevitable e inminentemente lleva a la muerte (Ponce, 2013).

INTERV. COG-CONDUCTUAL CÁNCER GINECOLÓGICO

Planteamiento del problema.

Para México, así como para el mundo, el cáncer ha sido un problema de salud pública de alta incidencia y mortalidad. De acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2020) en 2019 por cada 100,000 mujeres de 20 años o más se reportaron 35.24 casos nuevos de cáncer. Además, es importante mencionar que durante los últimos años la tasa de mortalidad por cáncer ha mostrado un incremento sostenido (Aldaco-Sarvide, 2018).

El cáncer ha sido una enfermedad con consecuencias de alto impacto biopsicosocial (Baum & Andersen, 2001) debido a que su diagnóstico suele ser percibido como un sinónimo de muerte. Esta relación de cáncer-muerte se ha originado debido a que un diagnóstico tardío causa una menor probabilidad de recuperar la salud (López, 2021), lo cual en consecuencia ejerce en los enfermos con cáncer una mayor tendencia a manifestar síntomas de origen psicológico como ansiedad, estrés y depresión entre otras (Mehnert & Koch, 2008).

En múltiples comunidades el desconocimiento en el tema del cáncer, sus factores de riesgo, síntomas y métodos de detección ha llegado provocado en las personas una falta de fe en los sistemas de salud (Set et al., 2012). Por lo cual, resulta indispensable el desarrollar programas educativos que brinden los conocimientos necesarios para lograr prevenir el cáncer. Entre algunos de los programas actuales podemos mencionar el “Programa educativo para la prevención del cáncer cervicouterino” desarrollado por Pérez (2020) el cual tuvo como objetivo el mejorar el nivel de conocimientos sobre el cáncer cervicouterino en hombres y mujeres, inicialmente este programa realizó una breve evaluación para examinar los conocimientos

INTERV. COG-CONDUCTUAL CÁNCER GINECOLÓGICO

previos, a partir de esto se profundiza para aumentar el nivel de conocimiento en cáncer cervicouterino obteniendo resultados efectivos.

Además de programas de corte informativo, los profesionales de la salud psicológica han realizado modelos de intervención para brindar atención antes, durante y después del diagnóstico de cáncer, la importancia de esto ha radicado en lograr la adaptación a las nuevas condiciones de vida, las cuales exigen habilidades nuevas en el individuo para mantener su bienestar psicológico, entre estas habilidades podemos mencionar la búsqueda de información, habilidades sociales y resolución de problemáticas entre otras. Algunos de los modelos de intervención que han evidenciado su funcionalidad al desarrollar estas habilidades son los de origen sistémico y cognitivo (Forgiony et al., 2019).

Entre algunos de los estudios que han desarrollado estrategias para mejorar el ajuste emocional en pacientes con cáncer podemos mencionar a Martinez-Cuervo (2020) que desarrollo una intervención cognitivo conductual, la cual resulto eficaz para tratar a mujeres con cáncer que presentaban depresión y ansiedad. Esta intervención tiene una duración total de 6 sesiones de 120 minutos en un intervalo de 15 días. Los temas que incluye son depresión, acontecimientos negativos, autoestima, duelo y sexualidad. Por otro lado, Antoni et al. (2008) evidenció que el uso de intervenciones cognitivo conductuales minimizan las posibilidades de desarrollar enfermedades suprainmunes, esto después de realizar una intervención durante 10 semanas en donde incluyó componentes cognitivo conductuales como la identificación y reformulación de pensamientos automáticos, habilidades de afrontamiento y asertividad en combinación de un entrenamiento en relajación que incluía respiración diafragmática, relajación muscular progresiva, imágenes y técnicas autogénicas. Su población de estudio fueron mujeres con virus

INTERV. COG-CONDUCTUAL CÁNCER GINECOLÓGICO

de papiloma humana coinfectados de virus de inmunodeficiencia humana y con mínimo 2 biopsias cervicales que indican neoplasia intraepitelial cervical (crecimiento precanceroso) en los 2 años anteriores al ingreso. Entre los resultados de la intervención se encontraron menor probabilidad de neoplasia intrapitelial cervical en el grupo de intervención, además de una disminución del estrés.

Esta última variable denominada estrés ha sido relacionada a estas enfermedades, así como a enfermedades alérgicas, ya que ha provocado la disminución de la respuesta inmune de acuerdo con los estudios de Atanackovic et al. (2013) quien mencionó que en situaciones de estrés ciertos subgrupos de linfocitos (iNKT y células T menos duros) son retenidos en tejidos linfoides.

En continuación con estos estudios Guareño (2021) realizó una revisión sistemática entre diferentes intervenciones psicológicas en mujeres con cáncer de mama con el objetivo de determinar que terapias son las que mejoran la autoestima y la imagen corporal. En esta revisión encontró 8 artículos que cumplieran con los requisitos estrictos, de entre los cuales resaltan la intervención cognitivo conductual planteada por Lewis-Smith et al., (2018) la cual tuvo como objetivo mejorar la autoimagen en mujeres con cáncer a través de utilizar técnicas cognitivo-conductuales para tratar las preocupaciones de la apariencia física. Esta intervención se realizó 1 vez a la semana en un periodo de 7 semanas obteniendo resultados positivos en la mejora de la imagen corporal y el autoestima. Otra intervención que resalta este estudio es la realizada por Franco et al., (2020) en mujeres con cáncer de mama que demuestra una mejora del autoestima, depresión, evitación social, resiliencia, tensión y ansiedad a través de un programa de

INTERV. COG-CONDUCTUAL CÁNCER GINECOLÓGICO

Mindfulness que se desarrolló 1 vez a la semana durante mes y medio, este estudio conto con un grupo control y otro experimenta,

Antoni (2013) evidencio en un estudio de revisión que las habilidades individuales de pacientes frente al cáncer requieren un importante factor de ajuste, de tal manera que poseer buenas habilidades cognitivas, conductuales y sociales implican una mejor adaptación frente a este proceso, por lo tanto, el tener a la disposición intervenciones psicosociales que doten de estas habilidades, significarían una mejor convivencia durante esta enfermedad.

Como ejemplo podemos citar el modelo de intervención planteado por Schofield et al. (2013) denominado “Ensayo de pares y apoyo de enfermería para ayudar a mujeres en oncológica ginecológica” que considero la realización de un seguimiento del paciente ginecológico durante los puntos críticos del tratamiento, combinando la consulta de enfermería especializada junto con llamadas telefónicas, este modelo promovió la adhesión a los cuidados personales, además de aumentar la atención a personas alejadas geográficamente y enfermas.

En el proceso del cáncer existen diversos tratamientos médicos estándar, entre los que podemos mencionar a la radioterapia (NIH, 2019) la cual es un tratamiento que tiene por objetivo el destruir células cancerígenas mediante altas dosis de radiación. Entre los efectos secundarios que afectan la calidad de vida se encuentra la fatiga, náuseas, vómitos, diarreas entre otros. En relación con estos síntomas de la radioterapia Nout et al. (2009) realizo la comparación entre 2 tipos de radioterapia encontrando que la braquiterapia vaginal presenta una menor sintomatología, sin embargo, ambas presentan síntomas. Esta última, la braquiterapia se refiere a un procedimiento en el cual un material radioactivo(isotopo) se coloca cerca de la zona donde se

INTERV. COG-CONDUCTUAL CÁNCER GINECOLÓGICO

necesita tratamiento y su objetivo es brindar una alta dosis de radiación mediante la colocación precisa de fuentes de radiación directamente al tumor (Estévez et al., 2018).

Otro de los tratamientos comunes en el cáncer es la quimioterapia, la cual de acuerdo con la Sociedad Americana del Cáncer (2019) es uno de los tratamientos más comunes en el cáncer, su objetivo de aplicación puede ser tanto curativo, de control o de paliación. La quimioterapia ha provocado en los pacientes una experiencia traumática y dolorosa debido a los efectos secundarios como las náuseas, vomito, diarrea y pérdida de cabello, sin embargo, este último denominado clínicamente como alopecia resulta ser uno de los efectos secundarios que genera un mayor impacto emocional en los pacientes, por lo cual ha resulta imprescindible el incluir dentro de los modelos de intervención estrategias de adaptación que permitan al paciente superar esta breve etapa del proceso de quimioterapia (Alonso & Côrtes, 2018).

Entre los tratamientos para erradicar el cáncer, la quimioterapia ha sido uno de los desencadenantes de diversos efectos secundarios que afectan la calidad de vida del paciente, por ejemplo: la fatiga, el estrés y el deterioro cognitivo, este último se refiere a la incapacidad de recordar tareas, detalles, palabras comunes, además de dificultades para concentrarse y exceso de tiempo para terminar las actividades (Craig et al., 2013). Comúnmente el deterioro cognitivo suele verse como una consecuencia del tratamiento de quimioterapia, sin embargo, es importante brindar la atención necesaria a estos efectos secundarios debido a que de acuerdo al manejo que brindemos a estas problemáticas se definirá el tiempo y forma de reintegración a la vida cotidiana (Uclés & Rodríguez, 2018).

Haro et al. (2013) han referido que las náuseas y vómitos producidos por la quimioterapia y radioterapia afectan a pacientes oncológicos, sin embargo, estos síntomas pueden ser

INTERV. COG-CONDUCTUAL CÁNCER GINECOLÓGICO

controlados con tratamiento antiemético, a pesar de esto, los síntomas siguen apareciendo en el 20-30% de los pacientes, por tal motivo se recomienda la combinación de este tratamiento con intervenciones conductuales, como la relajación progresiva y el entrenamiento en desensibilización sistemática, así como con hipnosis, debido a que han resultado eficaces en el tratamiento de la emesis, sin embargo, es importante señalar que no todos los estudios han resultado positivos en el manejo de esta variable por lo cual es un tema que requiere mayor estudio (Haro, 2017).

Dentro de las respuestas psicológicas esperadas en el paciente con cáncer ha sido común observar un nivel de preocupación o angustia por motivo del diagnóstico o tratamiento, lo cual se puede considerar como una respuesta natural, sin embargo, estas reacciones pueden ser más comunes de lo que deberían, llegando a desarrollar trastornos psiquiátricos, entre estos el considerado más común es el trastorno de adaptación por depresión, siguiéndole el delirio y trastornos por ansiedad (Chaturvedi, 2012). Esto debido a que esta enfermedad se asocia a deterioros físicos y de funcionamiento, por lo cual cuenta con un alto potencial de generar un impacto profundo en la vida de quienes son diagnosticados (Aguirre-Camacho & Moreno-Jiménez, 2017).

Esta angustia del paciente se debe a la necesidad de apoyo social que crea la percepción de no enfrentar solo el tratamiento, lo cual se encuentra relacionado con lo reportado por So et al. (2013) quienes encontraron que el apoyo social tiene un amplio impacto en la calidad de vida relacionada a la salud, el bienestar social y el bienestar familiar en mujeres con cáncer, así mismo, concluyen que la importancia de proporcionar apoyo social puede ser una de las principales maneras de disminuir el malestar psicológico. Consideramos que esta estrategia de

INTERV. COG-CONDUCTUAL CÁNCER GINECOLÓGICO

aumentar el apoyo social podría ser de suma importancia durante el cáncer cervicouterino ya que poco después del tratamiento puede llegar a existir una baja en el funcionamiento emocional de acuerdo con los hallazgos reportados por Pasek et al. (2013).

Tal como se ha señalado, los efectos de los tratamientos, así como el diagnóstico de cáncer son un duro golpe para las mujeres que lo padecen debido a que las consecuencias psicológicas están asociadas principalmente a los cambios en la apariencia física (Layme, 2017), por lo tanto el mantener una buena autoestima, autoimagen y esperanza pueden brindar una actitud positiva frente a esta patología, además de esto, es recomendable aumentar el nivel de conocimientos que se tienen sobre la enfermedad con el objetivo de mejorar la detección oportuna (Babacan & Cam, 2011), evitando así que el paciente sufra consecuencias psicológicas que repercutan en su calidad de vida.

Las consecuencias emocionales que puede sufrir un paciente dependerán del tipo de cáncer que se presente, debido a que cada tipo de cáncer carga con un estigma social. Cardona y Herrera (2020) mencionaron la existencia de un deterioro en la imagen corporal de mujeres con cáncer de mama después de realizarse la mastectomía, lo cual se origina por la idea de no lograr cumplir con las normas sociales percibidas del ideal femenino. Por otro lado, Gutierrez-Zambrano et al. (2018) señalaron que en el cáncer cervicouterino existe un estigma debido a la desinformación, ya que es común relacionar el VPH con este tipo de cáncer, y por consecuencia se presenta se pueden presentar conductas de rechazo, vergüenza y miedo.

Esto puede llegar a prevenirse o manejarse de una manera saludable, entre las principales implicaciones psicológicas que se manifiestan dentro del cáncer nos encontramos con el estrés (Pocino et al., 2007), la baja autoestima, el pesimismo o la mala percepción de apoyo social,

INTERV. COG-CONDUCTUAL CÁNCER GINECOLÓGICO

además de los pensamientos negativos, los cuales ejercen una importante influencia en la calidad de vida del paciente con cáncer, dado que cuando no se tratan estas situaciones pueden conducir a múltiples consecuencias en la adherencia al tratamiento médico, la interacción médico-paciente-familia y en la calidad de vida, entre otras.

También suele existir el miedo a la recurrencia del cáncer o como también es llamado “recidiva”, la cual es una preocupación común en mujeres jóvenes con reciente diagnóstico debido a que este grupo comparte entre si los ideales de una agradable imagen corporal, sexualidad, cuidado de los hijos y roles laborales activos de acuerdo con el estudio realizado por Myers et al. (2013), por otro lado, este miedo suele ser más común en mujeres con cáncer de ovario. Con relación a estos temores, es importante mencionar que las mujeres jóvenes sobrevivientes de cáncer ginecológico suelen verse más afectadas por problemáticas como la fatiga, estreñimiento, linfedema, entre otras, además de ser un grupo que enfatiza mucho más los cuidados hacia su salud a diferencia de las mujeres mayores sobrevivientes de cáncer (Bifulco et al., 2012).

Con el objetivo de paliar el impacto psicológico por el cual atraviesa una persona con diagnóstico con cáncer ginecológico, la psicología de la salud a través de la Psicooncología, se ha propuesto mejorar la atención psicológica desarrollando intervenciones psicológicas grupales que puedan paliar los efectos psicológicos del cáncer, entre algunas de las intervenciones más comunes están las psicoeducativas (Fawzy et al., 1996) las cuales son de gran utilidad para disminuir los mitos creados hacia alguna enfermedad y educar sobre el conocimiento preciso y hábitos saludables. De acuerdo con Ramírez (2019) este tipo de técnicas de intervención se utilizan en diversos contextos y buscan propiciar situaciones de enseñanza-aprendizaje. Cuevas-

INTERV. COG-CONDUCTUAL CÁNCER GINECOLÓGICO

Cancino y Moreno-Pérez (2017) ha mencionado que las intervenciones psicoeducativas han sido utilizadas para diversos tipos de problemáticas relacionadas a la salud como el estrés, depresión, dolor, alcoholismo, ansiedad, entre otras áreas, sin embargo, es recomendable que estas intervenciones sean realizadas por profesionales en el área específica.

La utilización de técnicas psicoeducativas ha sido un componente de gran utilidad al desarrollar tratamientos psicológicos eficaces, en relaciona esto Sucala et al. (2013) menciona que las técnicas hipnóticas pueden ser utilizadas en combinación con otras estrategias psicológicas con el fin de mejorar el efecto tal como la intervención señalada por Montgomery et al. (2009) en donde, a través de un estudio experimental combina la terapia cognitivo conductual con la hipnoterapia cuyo objetivo fue disminuir la fatiga provocada por la quimioterapia concluyendo que la combinación de estas técnicas es eficaz en la prevención de este síntoma.

A demás de esta intervención, nos encontramos con las intervenciones con hipnoterapia dedicadas a realizar un cambio en la sensación, percepción, cognición, afecto, humor y la conducta del paciente (Montgomery et al., 2010), este tipo de técnicas tienen múltiples aplicaciones, entre ellas mencionamos el meta análisis realizado por Chen et al. (2017) en donde realiza un análisis profundo en un total de 20 artículos sobre la hipnosis y la ansiedad en pacientes con cáncer, encontrando que este tipo de intervenciones resultan eficaces en la reducción de la ansiedad. Por otro lado, Téllez et al. (2017) desarrollo una intervención con hipnosis en mujeres con cáncer de mama durante el proceso de quimioterapia logrando disminuir la ansiedad y el estrés, además de aumentar el optimismo, esta intervención incluyo un total de 12 sesiones y 11 metáforas, además de contar con un grupo control y un grupo experimental.

INTERV. COG-CONDUCTUAL CÁNCER GINECOLÓGICO

Aunque por sí sola la hipnosis ha demostrado su eficacia en el tratamiento de síntomas físicos de acuerdo con Barabasz et al., (2010) al realizar un tratamiento de hipnosis para la reducción de verrugas logrando una reducción significativa en cuanto a la superficie y el número de lesiones. Estas últimas, las intervenciones con hipnoterapia, han mostrado que un paciente con cáncer a menudo llega a vivir antes y después del diagnóstico en un entorno de trance de gran sugestión respecto a los mitos y realidades de la enfermedad, por lo cual se ha encontrado que sugestiones positivas simples durante el trance hipnótico pueden ayudar a que el paciente recupere el control de sí mismo, autoconfianza y autoestima, de tal manera en la que se atiende a un paciente que ha sufrido una situación extrema hay que establecer una comunicación tanto verbal como no verbal como lo señalado por Hansen et al. (2010).

La hipnosis en el área del cáncer ha sido utilizada para proporcionar comodidad física y psicológica a personas con este diagnóstico, entre ellas el alivio del dolor ya que se ha encontrado que de acuerdo con los niveles de sugestionabilidad hipnótica puede existir un mejor alivio tanto en niños (Tomé-Pires & Miro, 2012), adultos (Montgomery et al., 2000) y adultos mayores (Keefe et al., 2013). Con relación al dolor, Snow et al. (2012) realizó un estudio con 80 pacientes sometidos a aspirado de medula ósea encontrando disminución en el componente afectivo del dolor (ansiedad), mientras que en el componente sensorial no hubo resultados significativos, este estudio nos brinda información respecto a que en el uso de esta técnica pueden existir limitaciones de su uso.

Entre algunas otras variables relacionadas al cáncer nos podemos encontrar con el insomnio el cual logra afectar gran parte de esta población, sin embargo esto suele ser secundario a los factores físicos o psicológicos relacionados con el cáncer recién diagnosticado y su

INTERV. COG-CONDUCTUAL CÁNCER GINECOLÓGICO

tratamiento (Edington et al., 2011), en el caso de los sobrevivientes esto es diferente debido a que existe una alta prevalencia de este trastorno, para lo cual algunos investigadores han desarrollado tratamientos que incluyen grabaciones con sesiones de autohipnóticas (Carnahan et al., 2010), sin embargo autores como Garland et al. (2013) refieren haber encontrado en estudios con pacientes con cáncer que el mindfulness (práctica de la atención plena, parecido a la hipnosis) no se encuentra estrechamente relacionado al insomnio y estrés.

Para el caso de los pacientes recién diagnosticados debe ser importante el descartar que el origen del insomnio se deba al efecto de los medicamentos o estrés sufrido, de igual manera el utilizar la hipnosis como opción para paliar los efectos del cáncer y su tratamiento es una opción aceptable para gran parte de la población de acuerdo con lo señalado por Sohl et al. (2010) en su estudio realizado en una muestra general de 115 participantes asistentes a un hospital metropolitano.

Para el presente estudio se desarrollará una intervención psicológica con el fin de disminuir efectos psicológicos comúnmente presentes en el paciente con cáncer ginecológico tal como el estrés, el apoyo social, la baja autoestima y la calidad de vida. Para la realización del proyecto de investigación se utiliza el enfoque cognitivo conductual por ser un enfoque efectivo en el área de las enfermedades crónicas (Clark & Beck, 2010).

INTERV. COG-CONDUCTUAL CÁNCER GINECOLÓGICO

Justificación de la Investigación

A pesar de que se pudiera pensar que las problemáticas entre los diferentes tipos de pacientes con cáncer pudieran ser similares, los pacientes ginecológicos pueden manifestar un estrés extra debido a las distintas localizaciones en las que se puede desarrollar un cáncer de este tipo, entre ellas: cérvix, endometrio, útero, vagina y ovario (Olivares, 2004; Doherty, 1997;). El cáncer y su tratamiento en estas áreas del cuerpo provoca frecuentes cambios hormonales, reproductivos, así como alteraciones psicológicas y sociales, por tal motivo las mujeres con este diagnóstico limitan la comunicación sobre tal problemática a pocos individuos de la familia y amistades cercanas manifestando comúnmente pensamientos irracionales y sentimientos de culpa (Palacios et al., 2020; Gutierrez-Zambrano et al., 2018; Olivares, 2004).

Dentro de las problemáticas a nivel psicológico provocadas por los cambios en los patrones de vida del paciente ginecológico podemos señalar las relacionadas a la ansiedad, ira, culpa, depresión, sin olvidar la autoestima del paciente que se ve afectada seriamente por la pérdida de la función reproductora (Penson et al., 2006), además Nazik et al. (2014) confirman la importancia de que enfermeras y médicos brinden apoyo social a pacientes con cáncer ginecológico, debido a que existe relación entre la percepción de apoyo social y su calidad de vida. Esto de acuerdo con los resultados encontrados en un estudio transversal en 108 pacientes con más de 3 meses de diagnóstico donde se les aplicó una escala de apoyo social y de calidad de vida.

La falta de atención de estas poblaciones en estado vulnerable ha tenido un efecto aversivo que puede llegar hasta la probabilidad del suicidio. En un análisis de literatura en relación al suicidio en población general y oncológica Spoletini et al. (2011) refirió que el

INTERV. COG-CONDUCTUAL CÁNCER GINECOLÓGICO

suicidio es una medida para escapar de los agentes estresante internos y externos, señalando que las personas con enfermedades físicas o trastornos psiquiátricos presentan mayor riesgo de realizarlo, en particular mencionan que los pacientes con cáncer tienen un alto riesgo suicida, así mismo Ward et al. (2013) encontraron que las mujeres con cáncer ginecológico presentaban 1,3 veces mayor riesgo de suicidio en comparación con mujeres que presentaban tumores no ginecológicos. Además, sus resultados mostraron un aporte importante, pues concluyeron que el riesgo de muerte por suicido es mayor dentro de los primeros 5 años después del diagnóstico de cáncer ginecológico.

Con relación a la psicooncología, pocos son los trabajos que han desarrollado intervenciones psicológicas para mujeres con cáncer ginecológico, debido a que el desarrollo de estos recursos se ha enfocado principalmente en el cáncer de mama, por tales razones diversos investigadores han señalado la importancia de extender los beneficios de las intervenciones psicológicas probando sus efectos en otro tipo de canceres como lo serían los ginecológicos (Montgomery et al., 2012). Por tal motivo se ha puesto especial interés en la población mujeres con cáncer ginecológico.

El modelo de intervención que se desarrolló en este trabajo estuvo bajo la combinación del modelo de hipnosis y terapia cognitivo conductual debido a que se encontró que la técnicas hipnóticas en mujeres con cáncer son eficaces en la mejora de la calidad de vida, la autoestima, el dolor y la ansiedad entre otros aspectos que incluyen el valor económico al disminuir el consumo de medicamentos y duración de procedimientos (Téllez et al., 2017; Barabasz et al., 2010; Montgomery et al., 2010; Flory & Lang, 2008), mientras que en la práctica de la terapia cognitivo conductual ha mostrado su facilidad para combinarse con otros tratamientos, tal como

INTERV. COG-CONDUCTUAL CÁNCER GINECOLÓGICO

lo realiza Moonsammy et al. (2013) al combinar esta terapia con ejercicios en el hogar en pacientes con cáncer de ovario con el fin de lograr resultados benéficos para la salud, además, la terapia cognitivo conductual por si sola ha probado su efectividad en la atención de personas con distintos tipos de canceres.

Lo dicho anteriormente ha sido evidenciado por Hopko et al. (2008) después de evaluar la eficacia de esta terapia en una muestra de distintos tipos de cáncer encontrando mejoras en la calidad de vida y disminución en el estrés y ansiedad, así mismo, Qiu et al. (2013) realizó un estudio similar pero con sólo mujeres con cáncer de mama con una muestra de 62 pacientes dividiéndolos en grupo control y experimental, y encontrando que la terapia cognitivo conductual es eficaz en el tratamiento de la depresión tanto a corto como a largo plazo (6 meses). Por tal motivo su combinación tal como señala Schnur et al. (2009), podría lograr obtener mayores beneficios para la salud de mujeres con cáncer ginecológico, así mismo los estudios relacionados a la sugestión hipnótica señalan una mejora creciente en el proceso hipnótico (Fassler et al., 2008).

La selección de las variables a evaluar se definió con relación a la literatura y un metanálisis realizado por Hersh et al. (2008), en donde de un total de 386 estudios se analizaron 22 que cumplían con los criterios adecuados para realizar una revisión sistemática en relación con intervenciones psicológicas en pacientes con cáncer ginecológico encontrando como prioritarias las variables apoyo social y la autoestima, entre otras.

Entre los aspectos a evaluar se encuentra el estrés, ya que es un factor que reduce la adherencia al tratamiento y mejora el buen manejo médico (Holland & Alici, 2010), de igual manera tal variable ha mostrado su presencia en 1 de cada 4 mujeres que es diagnosticada y su

INTERV. COG-CONDUCTUAL CÁNCER GINECOLÓGICO

detección oportuna puede significar la oportunidad de proporcionar prevención ante el estrés postraumático (Vin-Raviv et al., 2013), por tales motivos la importancia de su evaluación ante el efecto de esta intervención.

El autoestima ha sido considerado un factor que se relaciona con pensamientos negativos y síntomas depresivos (Peden et al., 2000; Hall et al., 1996), esta variable es seriamente afectada durante el tratamiento de cáncer ginecológico debido a lo invasivo que llega a ser el tratamiento por incluir afecciones en áreas genitales, como en el caso de las histerectomías en donde la percepción del cuerpo de la mujer se ve afectada y por ende su autoestima (Avci et al., 2011), este tipo de intervenciones quirúrgicas llegan a ser generadores de trastornos emocionales, además de disfunciones sexuales (Silva-Muñoz, 2017), por lo tanto es de suma importancia el establecer una medición antes y después de la intervención logrando establecer la eficacia de la intervención.

La percepción del apoyo social es un recurso que se presenta disminuido después del diagnóstico de un cáncer debido a la amenaza de los tratamientos y se ha reportado que un alto apoyo social percibido mejora la percepción de la calidad de vida en un paciente con cáncer (Champion et al., 2007), por lo cual su evaluación dotara de información para futuras intervenciones en cáncer ginecológico.

La evaluación de las variables en intervenciones con mujeres con cáncer ginecológico ha sido muy limitada metodológicamente (Hersh et al., 2008), debido a que una gran cantidad de estudios han carecido de grupos control y evaluaciones intergrupales en el test y en el retest.

INTERV. COG-CONDUCTUAL CÁNCER GINECOLÓGICO

Objetivo general

El objetivo general de esta investigación es evaluar la eficacia de la intervención cognitivo conductual en mujeres con cáncer ginecológico para disminuir el estrés, mejorar la autoestima, apoyo social y calidad de vida.

Objetivos específicos:

1. Evaluar y comparar los niveles de estrés, autoestima, apoyo social y calidad de vida antes y después del tratamiento en el grupo experimental.
2. Evaluar y comparar los niveles de estrés, autoestima, apoyo social y calidad de vida antes y después del tratamiento en el grupo control.
3. Comparar los niveles de estrés, autoestima, apoyo social y calidad antes del tratamiento entre el grupo control y experimental.
4. Comparar los niveles de estrés, autoestima, apoyo social y calidad después del tratamiento entre el grupo control y experimental.

INTERV. COG-CONDUCTUAL CÁNCER GINECOLÓGICO

Hipótesis

El tratamiento mostrará eficacia al disminuir el nivel de estrés y aumentar los niveles de apoyo social, autoestima y calidad de vida en el grupo experimental en su comparación pre y post tratamiento y en la comparación de las medidas post tratamiento con el grupo control. A su vez, los niveles de estrés, apoyo social, autoestima y calidad de vida serán equivalentes en las medidas pre y post del grupo control y en las medias pretratamiento de los grupos control y experimental.

Hipótesis Específicas

1. El nivel de estrés será menor y los niveles de apoyo social, autoestima y calidad de vida serán mayores en el grupo experimental al comparar las mediciones pre y post tratamiento.
2. Los niveles de estrés, apoyo social, autoestima y calidad de vida serán equivalentes en las medidas pre y post del grupo control.
3. Los niveles promedios de estrés, autoestima, calidad de vida y apoyo social en las medias pretratamiento de los grupos control y experimental serán equivalentes.
4. El nivel promedio de estrés será menor y los niveles promedios de apoyo social, autoestima y calidad de vida serán mayores en el grupo experimental que en el grupo control al comparar sus medidas post tratamiento.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

*La verdadera ignorancia
no es la ausencia de conocimientos,
sino el hecho de reusarse a adquirirlos.*

Karl Popper.

INTERV. COG-CONDUCTUAL CÁNCER GINECOLÓGICO

Marco teórico

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (2020) el cáncer es *“un proceso de crecimiento y diseminación incontrolado de células que puede aparecer en cualquier parte del cuerpo”*. Por otro lado, la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2019) indica que el cáncer se encuentra entre las principales enfermedades no transmisibles responsables de más del 70% de todas las muertes anuales en el mundo, junto con la diabetes, y las enfermedades cardíacas. Las cuales son culpables de la muerte prematura de personas entre 30 y 69 años.

Desde el punto de vista de Torpy (2011) el cáncer es una palabra aplicada a diferentes tipos de células no saludables y anormales que crecen de manera descontrolada en los tejidos del cuerpo, causan tumores malignos y pérdida de la función normal del organismo.

Entre los tipos de cáncer más comunes en la mujer se encuentran los cánceres ginecológicos (CDN, 2019) los cuales pueden localizarse en cualquier parte del órgano femenino, ya sea ovario, útero, cuello uterino, vagina, vulva etc.

Promover el conocimiento de los síntomas del cáncer ginecológico para la detección temprana es una de las estrategias para combatirlo, al menos en algunos tipos, debido a que hacen falta más estudios para definir los síntomas antes del diagnóstico (Trivers et al., 2011; Ott et al., 2009)

En la actualidad se utiliza una amplia variedad de terapias complementarias mente-cuerpo las cuales mantienen una interacción entre el cerebro, el cuerpo y el comportamiento, algunas de estas terapias son: yoga, tai chi, grupos de apoyo, grupo de curación, la mayoría de

INTERV. COG-CONDUCTUAL CÁNCER GINECOLÓGICO

estas terapias tienen como objetivo aliviar el estrés y mejorar la calidad de vida (Farooqui et al., 2012).

En este estudio se utiliza un enfoque teórico Cognitivo Conductual el cual vincula el pensamiento y la conducta logrando resultados a corto plazo, además de mantener sus objetivos terapéuticos dirigidos a la reducción de síntomas y mejora de la calidad de vida en personas con trastornos emocionales (Clark & Beck, 2010), este enfoque ha demostrado su eficacia ante enfermedades crónicas, entre ellas el cáncer. Por su efectividad y flexibilidad para combinarse con otros tipos de terapia (Pilecki & McKay, 2013), es considerado ideal para fusionarse con una intervención de tipo hipnótica.

Antecedentes de la atención al paciente con cáncer

El apoyo psicológico a las personas con cáncer tiene sus orígenes hace mas de 60 años en la Universidad de Psiquiatría del Memorial Sloan-Kettering Cáncer Center de Nueva York dirigida en ese entonces por Sutherland (Sutherland et al., 1952), lugar que ocuparía Jimmie Holland en 1977 (Holland, & Lewis, 2001), quien es considerada la principal precursora de los estudios de los aspectos psicológicos de la atención y el tratamiento del cáncer, lo cual se conoce como Psicooncología. (Marks et al., 2008).

El apoyo psicológico que se da a las personas con cáncer requiere de intervenciones psicológicas que utilicen técnicas las cuales brinden los resultados requeridos de acuerdo a las necesidades del paciente con cáncer dependiendo tanto de las características como individuo, así como de la etapa de la enfermedad.

INTERV. COG-CONDUCTUAL CÁNCER GINECOLÓGICO

En los últimos años la elaboración de intervenciones psicológicas dedicadas a la mejora de la calidad de vida de los pacientes con cáncer se ha incrementado cada vez más, inferimos que las causas de este aumento son debido a que el cáncer es considerado un problema de salud que ha ido aumentando en la población mundial, por este motivo se le ha brindado una atención especial desde la psicología. Entre las intervenciones psicológicas mayormente elaboradas, Quintero y Finck (2018) señalan que al realizar una revisión sistemática entre en 2006 y 2016 se encuentra que principalmente las de origen cognitivo conductual son las más implementadas, seguidas de terapias de aceptación y compromiso entre otras. Por otro lado, Calero y Cruzado (2018) al realizar una revisión sistemática sobre las intervenciones en la técnica mindfulness en pacientes supervivientes con cáncer se encuentran resultados favorables para estos modelos terapéuticos en relación a las variables de estrés y calidad de vida, esto después de consultar 126 trabajos publicados de 2011 a 2017 encontrando un total de 10 artículos que cumplieran con criterios estrictos de inclusión.

Entre otras intervenciones psicológicas que se han realizado con pacientes con cáncer nos encontramos con la realizada por Cuervo (2020) la cual presentó resultados favorables para el manejo de síntomas de depresión y ansiedad, esta intervención se realizó de manera grupal e incluyó acuerdos para el cuidado mutuo, identificación de sintomatologías, reconocimiento de experiencias negativas, identificación de eventos estresantes, efectos físicos del tratamiento oncológico, cambios y pérdidas a partir del diagnóstico, efectos secundarios, además de identificar recursos de afrontamiento.

El estudio realizado por Becerra (2020) señala que la terapia de activación conductual breve es un modelo terapéutico que brinda resultados favorables en el tratamiento de la depresión

INTERV. COG-CONDUCTUAL CÁNCER GINECOLÓGICO

y la calidad de vida relacionada a la salud, esto realizando un estudio con mujeres con cáncer de mama las cuales reportaron diferencias significativas en las variables de depresión y calidad de vida relacionada a la salud.

Marrero y Caballeira (2002) realizaron la terapia de solución a problemas con pacientes enfermos con cáncer en donde el propósito del estudio fue mejorar el ajuste psicológico a la enfermedad, a través del incremento de sus habilidades cognitivas, utilizando un programa de entrenamiento en habilidades de solución de problemas. La muestra de este estudio fue conformada por 46 pacientes, de los cuales 33 fueron asignados aleatoriamente al grupo de intervención y 13 al grupo control. Para la valoración de la eficacia del programa se usaron medidas de auto informe sobre habilidades interpersonales, miedos y capacidad para relajarse, los resultados indicaron que el programa fue moderadamente eficaz mostrando una eficacia relativa en la reducción de miedos y en el incremento de la capacidad de relajación del paciente.

El “Programa de intervención psicosocial para la mejora de la calidad de vida de mujeres con cáncer de mama” (Sebastián et al., 1999), maneja una intervención organizada en 5 bloques: preparación para la quimioterapia, educación para la salud, imagen corporal, manejo del estrés y habilidades de afrontamiento personal; habilidades de comunicación y establecimiento de metas. Los objetivos de este programa fueron mejorar la calidad de vida y facilitar estrategias para resolver problemas psicológicos que se puedan llegar a presentar durante y después del tratamiento, los resultados que se obtuvieron indicaron un alto grado de eficacia en incrementar la autopercepción de calidad de vida, el mejorar su estado psicológico general, la imagen corporal, incrementar su espíritu de lucha como estrategia de evaluación y el afrontamiento a la enfermedad.

INTERV. COG-CONDUCTUAL CÁNCER GINECOLÓGICO

Por otro lado, en el programa de intervención psicológica diseñado por la Lugo et al. (2006), se implementaron diversas técnicas tales como: la psico-educación, evocación de pensamientos automáticos, relajación, visualización y sesiones abiertas durante 5 días, el cual obtuvo resultados favorables a pesar de tener una corta duración. Al contrario, tenemos a Font y Rodríguez (2004) quienes realizaron una terapia grupal con un total de 69 pacientes con cáncer divididos en 12 grupos de entre 5 y 10 personas, implementando un modelo de terapia de grupo psico-educativo estructurado en 4 módulos: ansiedad, depresión, autoestima e imagen corporal, relaciones afectivas y sexualidad, con una duración total de 20 sesiones, los resultados obtenidos indicaron que las pacientes que participaron en el grupo de apoyo valoran su vida actual de manera mucho más satisfactoria que cuando iniciaron la intervención.

La mayoría de las intervenciones psicológicas están enfocadas en los pacientes, sin embargo, esto normalmente va relacionado con el alcance de cada investigador en cuestión de muestra, tiempos, presupuesto, entre otras cosas. En Cuba se realizó un modelo completo para el apoyo de personas con cáncer en donde se involucra de una manera adecuada tanto al paciente como a la familia, dicho modelo es la “Intervención psicológica en pacientes con cáncer de mama en la atención primaria de salud” desarrollada por la especialista cubana Clara Pérez (2009).

Como parte del procedimiento de esta intervención se conjuntaron a pacientes con cáncer de mama, familias y médicos de asistencia en la atención primaria de salud, por su parte, el equipo multidisciplinario visitaba ocasionalmente a los pacientes en sus casas y se realizaban psicoterapias individuales, familiares y terapias de pareja, incluso se asistía a sus lugares de trabajo en caso de que existiese conflicto alguno, los resultados que se lograron fueron el

INTERV. COG-CONDUCTUAL CÁNCER GINECOLÓGICO

encontrar una evaluación menos negativa de la enfermedad, así como una mejoría en la comunicación familiar.

Otra investigación que hay que tomarse en cuenta es la “Intervención cognitivo-conductual breve en mujeres con cáncer de mama en quimioterapia” (Fernández, et al., 2009) que realizó la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México, en donde se evaluó su efecto en la calidad de vida y la respuesta de relajación en 2 grupos compuestos por mujeres con cáncer de mama libres de tratamiento de quimioterapia, en donde los resultados concluyeron que se aumentó la calidad de vida de las mujeres que recibieron el tratamiento.

El diagnóstico de cáncer, así como, la evolución de la enfermedad suelen llegar a actuar como factores estresantes altamente amenazantes que inducen una alta respuesta de estrés físico y psíquico para la mayoría de los pacientes y frecuentemente se complican con alteraciones psicológicas como lo puede llegar a ser la depresión, ansiedad y la alexitimia (Pocino et al., 2007), por este motivo al momento de realizar una intervención grupal es importante tomar en cuenta las características de los participantes.

Tal como se ha señalado, existen diversas investigaciones psicológicas que diseñan intervenciones para mediar los efectos psicológicos negativos detonados por el cáncer en los individuos y sus familias, sin embargo, el trabajo a realizar es amplio debido a que, entre cada tipo de cáncer, etapa, tratamiento y tipo de población la intervención psicológica debe variar adecuándose al contexto social y clínico por el que este atravesando el paciente y su familia.

INTERV. COG-CONDUCTUAL CÁNCER GINECOLÓGICO

Psicooncología

El termino Psicooncología se desarrolló en 1992, sin embargo, sus orígenes tienen más de 50 años (Holland, 1998), el primer indicio que se tiene sobre esta área se encuentra en la Universidad de Psiquiatría del Memorial Sloan-Kettering Cancer Center (MSKCC) de Nueva York dirigida por Sutherland en 1950 (Sutherland et al., 1952), lugar que ocupó Jimmie Holland en 1977 (Holland, & Lewis, 2001) quien creó la primera unidad de psicooncología en el mundo y en 1984 la Sociedad Internacional de Psicooncología (IPOS) animado por el deseo de crear conexiones entre los interesados en el tema (Die, 2004).

De esta manera es como nació la Psicooncología la cual es el estudio de los aspectos psicológicos de la atención y tratamiento del cáncer, entre los principales objetivos de esta área se enfoca principalmente en dos aspectos: 1) de las respuestas psicológicas ante el cáncer del paciente, de la familia y del personal de salud, ante todas las etapas, y 2) de los factores psicosociales que pueden influir en el proceso de la enfermedad (Marks et al., 2008).

Aunque por algún tiempo el enfoque de la psicooncología se dedicó al cuidado del paciente en tratamiento oncológico activo, actualmente, se ha expandido hacia la prevención, riesgo genético, supervivencia y adaptación a largo plazo, así como al cuidado clínico y la relación médico paciente (Almanza & Holland, 2000).

Actualmente los objetivos fundamentales de la psicooncología se centran en las siguientes 4 áreas (Rivero et al., 2008).

1. La prevención primaria: a través de la detección e intervención sobre los factores psicosociales que pueden estar influyendo en el origen del cáncer.

INTERV. COG-CONDUCTUAL CÁNCER GINECOLÓGICO

2. La prevención secundaria: mediante la intervención y detección en los factores psicológicos más importantes que permiten facilitar la detección precoz del cáncer.
3. La intervención terapéutica: la rehabilitación y/o los cuidados paliativos, intervención en la respuesta emocional de los pacientes, los familiares y de todas las personas encargadas del cuidado del paciente (médicos, psicólogos, enfermeras, auxiliares).
4. La investigación: como en el resto de los campos, los estudios científicos en psicooncología son fundamentales para propiciar su desarrollo y crecimiento.

El Cáncer Ginecológico

El cáncer ginecológico es una enfermedad en la cual muy comúnmente puede estar afectada la calidad de vida del paciente debido a una amplia variedad de factores relacionados, entre ellos, los tratamientos como la cirugía, la quimioterapia, la radioterapia (Wenzel et al., 2003) y los efectos secundarios que estos traen consigo, por ejemplo las secuelas de la radioterapia, se ha encontrado que puede llegar a causar disfunción cognitiva, en niños se asocia principalmente a descenso del nivel intelectual, problemas de aprendizaje, déficit en atención y memoria, mientras que en adultos, enlentecimiento psicomotor, enlentecimiento de la velocidad de procesamiento, déficit de atención, bajo rendimiento en fluidez verbal, además de dificultades en clasificación, planeación y secuenciación entre otras, sin embargo, estos efectos se han observado principalmente en cánceres de cabeza, cuello y mama principalmente (Gómez-Cruz, 2011).

Dentro de los cánceres ginecológicos se encuentra el cáncer cervicouterino el cual es una clase común de cáncer en la mujer, es una enfermedad en la cual se encuentra células cancerosas

INTERV. COG-CONDUCTUAL CÁNCER GINECOLÓGICO

(malignas) en los tejidos del cuello uterino. El cuello uterino es la abertura del útero, el órgano hueco en forma de pera donde se desarrolla el feto, y lo conecta con la vagina (canal de nacimiento). Internacionalmente, las tres primeras causas de muerte por cáncer en mujeres corresponden en orden descendente a cáncer de mama, cáncer de pulmón y cáncer cervicouterino con tasas estandarizadas por edad entre 20 y 50 años.

Mundialmente, las más afectadas por esta patología son las mujeres en condiciones de pobreza, que tienen menor acceso a la detección precoz. Los datos de la OMS (2005) indican que las tasas de cáncer cervicouterino son mayores en los países de tercer mundo, especialmente en América Latina, sin embargo, en los países subdesarrollados el cáncer cervicouterino ocupa el segundo lugar entre las causas de muerte por cáncer en la mujer. Se estima que todos los años se producen unos 466.000 casos nuevos de cáncer cervicouterino en las mujeres de todo el mundo. (Asociación Internacional de Registros de Cáncer, 2006)

Existen muchas interrogantes sobre la causa del cáncer cervicouterino, actualmente se ha observado que el 99% de los cánceres están relacionados con la infección por virus del papiloma humano (VPH), la cual es una infección de transmisión sexual muy común, que puede producir lesiones en el útero o matriz, también están asociadas con variables y factores relacionados con la vida sexual y reproductiva: la edad de iniciación de las relaciones sexuales, el número de parejas sexuales de la mujer o de su compañero y el número de partos (American Society of Clinical Oncology [ASCO], 2019).

Psiconeuroinmunología

La psiconeuroinmunología estudia y analiza los mecanismos de interacción y comunicación de las funciones mentales con los tres sistemas responsables de mantener la

INTERV. COG-CONDUCTUAL CÁNCER GINECOLÓGICO

homeostasis del organismo: el sistema nervioso, el endocrino y el inmune (Gómez & Escobar, 2001).

Dentro de este campo está probado que las situaciones estresantes procesadas por el sistema interpretativo de creencias, propio de cada individuo, pueden generar situaciones de miedo, cólera, rabia, depresión. Indefensión y desesperanza y estas actitudes y emociones a su vez activan mecanismos bioquímicos, a nivel del hipotálamo, hipófisis y glándulas suprarrenales, que tienden a deprimir y/o suprimir la respuesta inmune, lo que hace que el cuerpo se debilite en su lucha contra el cáncer debido a la importante acción del sistema inmune (Gómez & Escobar, 2006).

En cuanto a los factores que propician el cáncer están los de origen genético, el tabaco, sustancias químicas, estilos de vida y estrés entre otros. De acuerdo a diversas investigaciones uno de los factores que ya comentamos es de especial importancia debido a su evolución con el paso de los años, el factor al cual me refiero es el estrés ya que conforme la sociedad va avanzando el estrés va evolucionando a su mismo paso, aunque por el momento no de una manera muy saludable (Rowshan, 2000).

Según Gómez y Escobar (2006), el estrés denota el efecto de estímulos aversivos que perturban gravemente la homeostasis sobre las constantes fisiológicas y la conducta de los seres vivientes. La respuesta al estrés está controlada por el sistema nervioso central y los tres sistemas encargados de mantener la homeostasis: nervioso autónomo, endocrino e inmune, lo cual pone en evidencia lo antes ya mencionado por Prieto (2004) respecto a que las emociones y actitudes negativas podrían llegar a ser más dañinas por interferir con el tratamiento debido a estas conexiones existentes entre el estrés y el cuerpo.

INTERV. COG-CONDUCTUAL CÁNCER GINECOLÓGICO

Rowshan (2000) asegura que la mayor parte de la gente piensa que el estrés esta causado por lo que les sucede, en realidad es su respuesta ante situaciones aparentemente estresantes lo que provoca la sensación de tensión y ansiedad. Este mismo autor, explica el principio del APRE en el cual menciona que toda situación de estrés consta de 4 aspectos: Acontecimiento, Percepción, Respuesta y Efecto. Acontecimiento es el suceso o situación al que te enfrentas en un momento determinado, la percepción de el acontecimiento atañe tus actitudes y creencias y expectativas a como percibes el acontecimiento, la respuesta es marcada como una huida o lucha que se basaba en la percepción y el efecto es lo que provocas que ocurra como resultado de una respuesta.

El diagnóstico del paciente con cáncer

Desde hace décadas el diagnóstico de cáncer es visto como una de las situaciones más temidas y estresantes para todo individuo. En la actualidad, esta enfermedad crónica aún presenta una evolución médica desconocida, además de esto los efectos secundarios se presentan en múltiples formas e intensidades. Debido a estas características, las personas que llegan a ser diagnosticadas de cáncer deben contar con habilidades de adaptación que faciliten su funcionalidad social (Alonso & Bastos, 2011).

La mayoría de las personas hemos estado cerca de alguna persona con esta enfermedad, ya sea un familiar, un amigo o algún conocido, hemos sido testigos de los cambios físicos y psicológicos que se presentan, estos cambios muy comúnmente llegan a impactarnos de distintas maneras, dependiendo de nuestra sensibilidad, por tal motivo cuando alguien se entera de que tiene cáncer tienden a sufrir una serie de sentimientos encontrados, debido a que a la hora de

INTERV. COG-CONDUCTUAL CÁNCER GINECOLÓGICO

evaluar su propia situación ante la enfermedad en contraste con las experiencias ya conocidas, su expectativa de vida no suele ser favorable pues se tiende a pensar en esta enfermedad como terminal, siendo errónea esta idea, en este sentido podemos señalar que “ningún evento es traumático por definición, si no que depende de la repercusión que tenga en la persona como tal” (Ancinas, 2014).

El trauma es una experiencia devastadora, para una persona en particular en un contexto también particular (relacional, histórico y de significado)”, así mismo también señala la inexistencia de investigaciones que demuestren la influencia de experiencias traumáticas en la evolución y pronóstico del cáncer. En el estudio realizado por Siedentopf et al. (2010), se buscaba identificar las necesidades psicológicas de pacientes con cáncer, en una muestra del 33% se encontró que el 23% buscaba apoyo psicosocial mientras que las variables más altas señaladas fue el agotamiento y el cansancio.

En relación con lo anterior es importante mencionar que, ante el diagnóstico oncológico, el paciente no siempre considera la opción de atención psicológica para afrontar tal situación, sin embargo, existen algunos factores que podrían determinar este perfil de demanda de atención. León et al. (2012) realizaron un estudio para conocer las características comportamentales que pueden llegar a presentar las personas para solicitar apoyo, entre ellos están las personas jóvenes, con desánimo, nerviosismo y miedo, pacientes sin antecedentes de diagnóstico y/o tratamiento psicológico, así como también personas con mayores años de estudios.

En la práctica clínica los resultados no siempre cumplen las predicciones (Prieto, 2004), no hay dos cánceres iguales y por tanto que se comporten del mismo modo, de esto es importante que sea consciente el paciente debido a que la salud empieza a entenderse como resultado de la

INTERV. COG-CONDUCTUAL CÁNCER GINECOLÓGICO

interacción entre lo físico, ambiental y psíquico, y cada vez son más los profesionales que comienzan a dar la importancia de las emociones dentro del cáncer debido a los resultados que se han obtenido en las últimas décadas.

El diagnóstico de cáncer suele ocasionar una serie de reacciones emocionales negativas y la expectativa de una vida en la cual el dolor se mantendrá presente. Entre las reacciones más frecuentes destacan las asociadas con sintomatología ansiosa y depresiva: disforia, anhedonia, trastornos del sueño, cambios en el apetito, fatiga, lentitud y/o agitación psicomotora, baja autoestima, culpa, dificultad para concentrarse, dificultad para tomar decisiones e ideación suicida (Mehnert & Koch, 2008). Sin embargo, uno de los grupos más afectados por el diagnóstico suelen ser las mujeres menores de 45 años, en esta edad aproximada el diagnóstico suele valorarse como altamente traumático, generando una sensación de poco control sobre los acontecimientos (Bell et al., 2009).

En un estudio cualitativo realizado en Colombia para comprender las representaciones sociales del cáncer de mama se realizaron 19 entrevistas semiestructuradas con mujeres que no han tenido cáncer y se encontró frente al diagnóstico que expresan temor a ser juzgadas por no prevenir y, a su vez, a recibir diagnóstico confirmatorio de la enfermedad, adicionalmente, imaginan los procedimientos como dolorosos. En síntesis, las representaciones del cáncer de mama en las mujeres del estudio fueron bastante tenebrosas y denotaron enorme temor a la pérdida, a la mutilación, al dolor y la muerte (Giraldo, 2009).

En referencia al anterior estudio citado es importante señalar el papel tan importante que juegan las emociones y actitudes negativas al enfrentarse a la enfermedad, ya que estas pueden llegar a ser más dañinas que la propia enfermedad (Prieto, 2004), debido a que pueden llegar a

INTERV. COG-CONDUCTUAL CÁNCER GINECOLÓGICO

interferir con el tratamiento médico por medio de las reacciones que pueden llevarse a cabo entre la relación mente-cuerpo. Para esto se ha señalado que la terapia psicológica juega un papel importante en la predicción a corto y largo plazo los resultados del tratamiento del cáncer (Manne et al., 2010).

Almudena Prieto en su artículo Psicología Oncológica (2004), señala que la importancia de que el paciente oncológico comprenda que el sanar de su enfermedad no sólo se encuentra dentro del campo de la medicina, ya que el propio enfermo juega un papel fundamental dentro de su propia sanación, esto debido a que al registrar emociones positivas el paciente puede aumentar las habilidades inmunológicas para luchar contra el cáncer. La interconexión entre los procesos mentales y el funcionamiento de nuestro organismo es un hecho demostrado, por ello en la curación, tan importante es un tratamiento dirigido a sanar el cuerpo, como a procurar mantener un equilibrio psicológico.

El estrés y cáncer.

La palabra cáncer suele llegar a producir en el paciente y sus familiares un alto impacto psicológico, el cual llega a causar diversos trastornos psicológicos que pueden ser tan fuertes como la enfermedad (Prieto, 2004). De entre los múltiples factores psicológicos asociados al cáncer, el estrés es considerado el de mayor probabilidad de producirlo debido a su efecto sobre el sistema inmunológico. Aunque, por otro lado, otros estudios señalan que no existe relación entre el estrés y el apoyo social (Wilkerson et al., 2009).

Durante el proceso del cáncer y de entre los varios factores estresantes que pueden existir, la amenaza económica es uno de los mas mencionados (Ell et al., 2008), debido a que el

INTERV. COG-CONDUCTUAL CÁNCER GINECOLÓGICO

cáncer se ha señalado como una enfermedad catastrófica por acabar con los recursos tanto, emocionales como económicos. Por otro lado, en diversas investigaciones se ha señalado que las problemáticas físicas durante el cáncer son realmente la mayor fuente de distrés, tal como lo señala Martínez et al. (2017) al realizar un estudio con 203 pacientes durante su proceso de quimioterapia identifico que el 62% de ellos presentaban problemáticas físicas asociadas con el estrés.

Arbizu (2000) señala que el estrés puede afectar a una persona con cáncer tanto en la génesis, así como en el trascurso de la enfermedad, debido a que se van generando cambios biológicos propios de la respuesta de estrés, cambios en los estilos de vida tales como el consumo de tabaco, el alcohol, patrones de alimentación inadecuados, el rechazo de tratamientos médicos entre otros.

Gómez y Escobar (2006) afirman que el estrés denota el efecto de estímulos aversivos que perturban gravemente la homeostasis sobre las constantes fisiológicas y la conducta de las personas y su respuesta está controlada por el sistema nervioso central y los tres sistemas encargados de mantener la homeostasis: nervioso autónomo, endocrino e inmune, lo cual pone en evidencia lo antes ya mencionado por Prieto (2004) respecto a que las emociones y actitudes negativas podrían llegar a ser más dañinas por interferir con el tratamiento debido a estas conexiones existentes entre el estrés y el cuerpo.

Rowshan (2000) asegura que la mayor parte de la gente piensa que el estrés esta causado por lo que les sucede, cuando en realidad es la respuesta ante situaciones aparentemente estresantes lo que provoca la sensación de tensión y ansiedad. Este mismo autor, explica el principio del APRE en el cual menciona que toda situación de estrés consta de 4 aspectos:

INTERV. COG-CONDUCTUAL CÁNCER GINECOLÓGICO

Acontecimiento, Percepción, Respuesta y Efecto. *Acontecimiento* es el suceso o situación al que te enfrentas en un momento determinado, la *percepción* del acontecimiento atañe tus actitudes y creencias y expectativas a como percibes el acontecimiento, la *respuesta* es marcada como una huida o lucha que se basaba en la percepción y el *efecto* es lo que provocas que ocurra como resultado de una respuesta.

Según este autor, la clave de este principio de APRE es la percepción del acontecimiento, ya que a través de ella determinas el efecto que tendrá el estrés que experimentes. Es importante no mal interpretar estas palabras ya que no se está diciendo que el estrés que experimentamos sea culpa nuestra, si no, más bien de los pensamientos y actitudes que tomamos cada vez que nos sucede algo nuevo en la vida (Rowshan, 2000).

La definición de estrés que se toma para el presente estudio es la denominada como transaccional (Lazarus & Folkman, 1984), la cual hace referencia a la relación particular entre el individuo y el medio ambiente que es evaluada como amenazante o que desborda sus recursos y pone en peligro su bienestar, esta amenaza se refiere al daño o pérdida que todavía no ha ocurrido, pero que se prevé. De tal manera, esta definición señala que la relación existente entre los factores individuales (dados por la experiencia) como ambientales (factores externos) genera la aparición del estrés.

En el cáncer esto puede traducirse en el hecho de que cuando una persona tiene conocimiento del diagnóstico comienzan a suscitarse en si misma diferentes percepciones negativas que anteceden los acontecimientos y dificultan el trabajo de los tratamientos oncológicos tanto en su adhesión como en su función (Gómez & Escobar, 2006).

INTERV. COG-CONDUCTUAL CÁNCER GINECOLÓGICO

El apoyo social en el cáncer.

El apoyo social puede ser concebido como un sentimiento de ser apreciado y valorado por otras personas y de pertenecer a un grupo social (Barra, 2004), durante el cáncer es imprescindible. A la hora de enfrentar una enfermedad el apoyo social juega un rol importante, ya que puede amortiguar los efectos del estresor permitiendo que la relación “amenaza percibida - recursos percibidos” sea más favorable al proceso de adaptación del paciente (Vidal, 2008).

A pesar del avance de la medicina y la recuperación de un número cada vez más elevado de pacientes con cáncer, no se ha dejado de desarrollar en cada persona que es afectada por este mal el sentimiento de tener una sentencia de muerte, a pesar de las promesas de una prolongación de la vida y una posible recuperación (Claude & Hernandez, 1985). La consecuencia de este sentir hace al paciente objeto de un proceso cognitivo y creciente de fragilización centrada en el temor de la muerte (Borglin, Gustafsson & Krona, 2011). “Este estado psicológico es común en las personas con cáncer, pero puede llegar a agravarse más en mujeres, debido a que la mutilación pareciera ser inminente” (Zeolla, 1980).

El apoyo social es considerado una importante variable para el ajuste psicosocial debido a que las mujeres con cáncer son beneficiadas en su estado físico (Helgeson et al., 2000), Por otro lado, Gottlieb (1983) nos dice que el apoyo social es un constructo multidimensional formado por dos ámbitos básicos: área estructural (existencia de redes vínculos sociales) y área funcional o expresiva (tipo de apoyo recibido). El área estructural, es definido como los lazos directos e indirectos formado por un grupo de individuos según criterios definidos como la relación de parentesco, de amistad o de conocimiento (Pérez, 1999).

INTERV. COG-CONDUCTUAL CÁNCER GINECOLÓGICO

El apoyo social puede definirse como los lazos directos e indirectos que unen a un grupo de individuos según criterios definidos, como la relación de parentesco, de amistad o de conocimiento, siendo sus características más relevantes el tamaño, fuerza de los vínculos, densidad, homogeneidad y dispersión. Esta definición de apoyo social llamada estructural ha sido señalada como la más clara con relación al cáncer (Nausheen et al., 2009).

En el área funcional (Gottlieb, 1983; House, 1981; Cobb, 1976) el apoyo social se articula en base a tres elementos principales: recursos emocionales (muestras de empatía, amor y confianza), recursos instrumentales (conductas dirigidas a solucionar el problema de la persona receptora) y recursos informativos (recibir información útil para afrontar un problema). Para el presente estudio se tomará como objeto de estudio el apoyo social funcional definido (Vega-Angarita, 2011; Wethington & Kessler, 1996) como la percepción hipotética que se tiene sobre los recursos sociales disponibles para ser asesorada y ayudada en caso de ser necesario. Esto se refiere a una dimensión subjetiva que establece una persona en relación con su entorno, sobre la percepción que se tiene de solicitar ayuda para realizar actividades cotidianas y de emergencia.

Las principales fuentes de apoyo social son la familia, los amigos, la pareja, el personal médico y el grupo de pares, a pesar de existir diversas fuentes de apoyo es la familia el principal apoyo natural con que cuentan las mujeres mastectomizadas a la hora de hacer frente a la problemática derivada de su enfermedad (Durá & Hernández, 2003). En relación con los grupos de apoyo, Taylor señala que los grupos conformados por grupos homogéneos logran un mayor cumplimiento de los objetivos planteados, y en sí las intervenciones psicosociales tanto grupales como individuales logran afectar positivamente el ajuste funcional y emocional (Taylor et al., 2007).

INTERV. COG-CONDUCTUAL CÁNCER GINECOLÓGICO

El cáncer en múltiples ocasiones llega reuniendo matrimonios, familias y amistades debido a que el afrontar en equipo situaciones que aquejan a un integrante del grupo puede llegar a existir una mejora de las relaciones familiares, tal como señala Luszczynska et al. (2005), esto resulta benéfico para el paciente debido a que la falta de apoyo social y el sentimiento de soledad puede llegar a causar un impacto negativo sobre la salud física y mental (Ayala et al., 2012; Luanaigh & Lawlor, 2008).

En algunos estudios como el realizado por Salas y Grisales (2010) donde estudió los efectos psicosociales relacionados con la calidad de vida encontró que las mujeres que puntúan un bajo nivel de calidad de vida no habían recibido apoyo social de parte de instituciones, por otro lado, Villarroel (2009) encontró que la adaptación a la enfermedad en personas con cáncer está relacionada con el apoyo social, el género la edad y otras creencias.

La necesidad de evaluar el estado psicosocial de cada paciente ha llegado a ser vital, entre algunos de los instrumentos utilizados para medir el apoyo social está el Arizona Social Support Interview Scale (Barrera 1980), que toma la red de Apoyo social, la necesidad de apoyo social y la satisfacción con el apoyo recibido en 6 áreas fundamentales (afectiva, material, consejo, refuerzo positivo, asistencia física y participación social), recogiendo los aspectos objetivo (apoyo recibido) y subjetivo (apoyo percibido).

El SSQ, Social Support Questionnaire (Sarason, 1983), evalúa la disponibilidad (identificación de las personas a las que recurre en situaciones específicas) y la satisfacción con el AS en las distintas áreas: sentimientos, consejo, ayuda material, retroalimentación positiva, ayuda física y participación social. La mayoría de los ítems hacen referencia al apoyo emocional. El ISSB, Inventory of Socially Supportive Behaviours (Barrera y Ainlay, 1983), determina el AS

INTERV. COG-CONDUCTUAL CÁNCER GINECOLÓGICO

recibido de tipo emocional, instrumental, informativo y social, sin especificar la fuente de donde procede.

El apoyo social puede ser más efectivo en la disminución del estrés cuando es de manera sutil o invisible, debido a que de esta manera no representara sentimientos de ineffecticia ni angustia en el que recibe el apoyo. (Bolger & Amarel, 2007). Con relación a esto Setoya et al. (2011) mencionan en un estudio descriptivo que la publicación de carteles en sitios web de pacientes con cáncer aumenta la comunicación entre iguales.

Autoestima durante el cáncer.

El diagnóstico de cáncer en mujeres comúnmente puede desarrollar diversos trastornos psicológicos entre ellos la ansiedad, el malestar emocional y la autoestima. Diversos estudios señalan que algunos tipos de cirugías y problemas asociados con el aumento o pérdida de peso, pérdida de cabello debido a la quimioterapia son asociados a la baja autoestima (Fobiar et al., 2006).

Se ha encontrado que el tipo de cirugía, mastectomía versus tumorectomía, afecta significativamente el grado de satisfacción que la mujer tiene con su cuerpo y consigo misma después de la operación, siendo las mujeres mastectomizadas las que tienen una peor imagen corporal y una autoestima más baja que las mujeres que han sufrido tumorectomía (Sebastian et al., 2007).

La autoestima puede relacionarse como un componente del autoconcepto, un sentimiento de valía atribuido a nosotros mismo y en general puede definirse como el nivel o grado de valor, respeto y amor que se tiene de sí mismo (Pintado, 2013), también es vista como una estructura

INTERV. COG-CONDUCTUAL CÁNCER GINECOLÓGICO

cognitiva de experiencia evaluativa real e ideal que el individuo hace de sí mismo, condicionada socialmente en su formación y expresión, lo cual implica una evaluación interna y externa del yo (González & López 2001), Rosenberg (1965) la define como “una actitud o sentimiento, positivo o negativo, hacia uno mismo, basada en la evaluación de sus propias características, e incluye sentimientos de satisfacción consigo mismo”.

Existen diversos trabajos que se enfocan en la mejora de la autoestima del paciente con cáncer de mama entre ellos están la intervención psicosocial realizada en el hospital Maternal “La Paz” en Madrid (Sebastián et al., 2007) en donde durante 14 sesiones de 2 horas una vez por semana, se observa un aumento de la autoestima en el seguimiento, también se encuentra la intervención cognitivo conductual realizada por Prieto et al. (2004), que durante 9 sesiones con frecuencia semanal de duración de una hora y medio logró aumentar la autoestima.

En el desarrollo de intervenciones psicológicas que mejoren la autoestima del paciente con cáncer es importante tener instrumentos de evaluación eficaces, entre los más utilizados están la escala de autoestima Rosenberg (1989) la cual es la más utilizada y traducida en el mundo, también existe el inventario de autoestima de Coppersmith (1959) y physical Self-description Questionnaire (Marsh et. al., 1994).

Calidad de vida en cáncer ginecológico

La calidad de vida es un concepto que ha sufrido múltiples modificaciones. Hoy en día se cuentan con múltiples definiciones, ya sea por tratar de especificarla encerrándola a un fenómeno o bien por generalizarla. Entre los más comunes conceptos de calidad de vida tenemos a Ferrans (1990) que la define como: “bienestar personal derivado de la satisfacción o insatisfacción con

INTERV. COG-CONDUCTUAL CÁNCER GINECOLÓGICO

áreas que son importantes para él individuo”, por otro lado Lawton (2001) señala que es una “evaluación multidimensional, de acuerdo a criterios intrapersonales y socio-normativos, del sistema personal y ambiental de un individuo” y Hornquist (1982) expresa que la calidad de vida es una “satisfacción de necesidades en las esferas física, psicológica, social, de actividades, material y estructural”.

En el caso de los pacientes oncológicos hablar de un concepto calidad de vida tendrá múltiples aspectos a considerar desde el plano social, económico, psicológico hasta el religioso, entre muchos otros. Esto debido a la existencia de una amplia diferencia entre las expectativas que se tengan y la realidad de la vivencia de la enfermedad (Castañeda, 2015). Sumado a esto Ruyz y Riul (2010) señalan que en un estudio realizado en 50 pacientes con cáncer ginecológico encontraron que la percepción de la calidad de vida se ve influida al considerar el tener menos síntomas de los esperados.

Con relación a los diferentes conceptos de calidad de vida muy seguramente lo más exacto es lo que provenga de viva voz de los propios pacientes, para tal efecto Sanchez, Sierra y Martín (2015) se dieron a la tarea de obtener respuesta de diversos pacientes encontrando que los pacientes femeninos con cáncer de cuello uterino o mama relacionaban su respuesta al ambiente familiar, la disponibilidad de tratamiento y aspectos espirituales. Mientras que los pacientes masculinos con cáncer de estómago y próstata la relacionaban con la salud, tranquilidad emocional, económica y acompañamiento familiar.

En un estudio realizado por Olivares et al. (2018) con 100 personas con cáncer de mama identificó que entre los síntomas principales que llegan a presentar las mujeres con cáncer podemos encontrar principalmente problemáticas de origen físico, imagen corporal,

INTERV. COG-CONDUCTUAL CÁNCER GINECOLÓGICO

intranquilidad, ansiedad, además de poca interacción social y constante búsqueda de aislamiento social.

Cuando se habla de calidad de vida tendemos a buscar la fórmula exacta para lograrla y a raíz de esto existen investigaciones que relatan las relaciones que tienen con algunas variables, como la supervivencia del paciente, tal como señala Viada et al. (2020) en su artículo evaluación de la calidad de vida como predictor de supervivencia en cáncer. En esta revisión sistémica de diversas bases de datos del 2000 al 2020 encontramos relación entre estas variables. Por otro lado, la calidad de vida también está relacionada con variables como las estrategias de afrontamiento tal como señala Font y Reventos (2020) que en su estudio revela evidencia sobre el desarrollar estrategias de afrontamiento favorables que se relacionan con la calidad de vida

Hipnosis y sus principales estrategias

La hipnosis comenzó con Franz Anton Mesmer quien intento dar explicación por primera vez a este estado especial de conciencia y lo llamaba magnetismo animal o mesmerismo. La palabra hipnosis fue utilizada por primera vez por un médico inglés llamado James Braid en 1855, quien definió este estado como un estado psicofisiológico en el cual los fenómenos que se presentan son resultado de la acción recíproca entre la mente y el cuerpo (Téllez, 2007).

La hipnosis es un estado especial y natural de conciencia que puede ocurrir de forma espontánea o inducida y la hipnoterapia o hipnosis clínica es cualquier tipo de intervención psicoterapéutica que puede ser de orientación cognitivo-conductual, psicoanalítica, ericksoniana entre otras, que se realiza usando la hipnosis como contexto (Rhue et al., 1996).

INTERV. COG-CONDUCTUAL CÁNCER GINECOLÓGICO

De acuerdo con Téllez (2007), para la realización de la Hipnoterapia existen etapas básicas las cuales son necesarias para llevar a cabo una estrategia de intervención clínica con la hipnosis, estas etapas son: *rapport* el cual se refiere al establecimiento de una relación de comprensión y confianza suficiente entre el terapeuta y el paciente. *Inducción*: después del *rapport* se utiliza esta técnica. Existen diferentes tipos de inducciones, entre ellas los dos grandes de mayor categoría son las técnicas de inducción directas o autoritarias y las indirectas o permisivas. *Profundización*: este es el estado de trance hipnótico que facilita que la mente consiente deje por un momento su función, de manera que la mente inconsciente pueda procesar la información con el objetivo de favorecer un cambio a ese nivel. *Intervención terapéutica*: la intervención terapéutica dependerá del tipo de problema del paciente y de la orientación teórica del terapeuta. *Sugestiones poshipnoticas*: son un tipo especial de sugerencias cuyo objetivo es hacer que una experiencia que la persona tenga en hipnosis pueda evocarse nuevamente durante el estado de vigilia. *Salida del trance hipnótico*: fase en que se despierta del trance hipnótico reorientándolo hacia la vigilia, pueden utilizarse las siguientes sugerencias: “Tomate todo el tiempo que necesites para estar completamente despierto, relajado y tranquilo”, Quiero que despiertes cuando cuente cinco... uno, dos, tres, cuatro...Cinco”, entre otras. Generalmente al salir del trance, las personas presentan una conducta de reorientación que puede manifestarse en estirarse, tocarse el cuerpo, entre otras, lo que es signo de que estuvo en trance (Erickson et al., 1976).

En la hipnosis se utilizan en diversos contextos, prueba de esto es que diversos estudios han reportado que es eficaz en el tratamiento del cáncer, (Montgomery & Schnur, 2004), entre

INTERV. COG-CONDUCTUAL CÁNCER GINECOLÓGICO

ellos está la terapia de grupo de apoyo- expresivo, evita el incremento del dolor y el sufrimiento en pacientes con cáncer metastàsico (Butler et al., 2009).

Eremin et al. (2009) encontraron que la práctica de relajación con la imaginación guiada aumenta los linfocitos T activados (CD25+), células T maduras (CD3) y células LAK (CD56), además encontraron un aumento de células NK, aunque no significativo. Se encontró una correlación significativa entre la intensidad de la imaginación y niveles de la actividad de células NK.

Terapia Cognitivo conductual

Las terapias cognitivo-conductuales se combinan de dos paradigmas diferentes, aunque complementarios, uno de ellos es el paradigma de comportamiento basado en las teorías del aprendizaje y los modelos de psicología experimental y el otro es el cognitivo que señala el surgimiento de trastornos mentales debido a procesos cognitivos alterados, es decir errores específicos en el procesamiento de la información (Jokić-Begić, 2008). Los autores que comenzaron a abrir camino hacia las terapias cognitivos conductuales fueron Beck (1970), Ellis (1962), Mahoney y Thoresen (1972) y Meichenbaum (1977).

La terapia cognitiva está basada en el modelo cognitivo el cuál enfatiza los pensamientos distorsionados y por ende evaluaciones cognitivas poco realistas de sucesos que alcanzan negativamente a los sentimientos y comportamientos. Además, este modelo propone una relación recíproca entre la emoción y la cognición, en donde uno refuerza al otro y por lo tanto desencadena un deterioro cognitivo y emocional (Beck, 1971 como se citó en Dobson, & Dozois, 2010).

INTERV. COG-CONDUCTUAL CÁNCER GINECOLÓGICO

Mahoney y Arnkoff (1978, como se citó en Becoña & Oblitas, 1997) organizaron las terapias cognitivos-conductuales en tres divisiones: reestructuración cognitiva, terapias de habilidades de afrontamiento y terapias de resolución de problemas. Estas terapias proponen que el estrés emocional es la consecuencia de pensamientos desadaptados, por lo que el propósito de estas terapias es examinar los patrones de pensamientos desadaptados y establecer patrones de pensamientos adaptativos a las situaciones.

Los modelos cognitivo-conductuales han tenido mucho éxito en el tratamiento de la depresión, ansiedad, problemas de personalidad, conducta, pareja y también en la psicología de la salud (Beck, 1991).

Entre múltiples terapias psicológicas la terapia cognitivo-conductual se enfoca en modificar las cogniciones y conductas que tienden a complicar los problemas de salud a través de técnicas que son basadas en la investigación científica (Trull & Phares, 2003), esta terapia busca corregir los patrones de pensamiento y creencias irracionales desde sus preponderantes clásicos (Goldfried & Goldfried, 1987; Meichenbaum, 1977).

La importancia del aporte que brinda esta terapia en la psicología oncológica radica en que durante la etapa del cáncer es conveniente contar con apoyo emocional que permita mantener una buena calidad de vida, por tal motivo enseñar técnicas de comunicación, reducir los efectos del estrés y autorregular las reacciones emocionales negativas que añaden sufrimiento al paciente con cáncer es de gran importancia en el campo de la psicooncología (Moorey & Greer, 1989). A demás de esto, es importante señalar que en el desarrollo de intervenciones psicosociales eficaces hay que identificar e intervenir en las vías que unen las variables psicosociales en los procesos de enfermedad (Schneiderman, 2004).

INTERV. COG-CONDUCTUAL CÁNCER GINECOLÓGICO

Dentro de esta terapia existen diversas técnicas que persisten hasta la actualidad con pocas modificaciones e incluyen el establecimiento de destrezas a usarse en situaciones estresantes, entre ellas están el entrenamiento en manejo de ansiedad (Suinn & Richardson, 1971), la inoculación de estrés (Meichenbaum & Cameron, 1983) y otras técnicas de autocontrol (Carrobbles, 1985).

La reestructuración cognitiva (RC) es una de las técnicas cognitivo-conductuales más sugerentes dentro del repertorio de procedimientos de que dispone el terapeuta cognitivo conductual consiste en que el cliente, con la ayuda inicial del terapeuta, identifique y cuestione sus pensamientos desadaptativos, sustituyéndolos por otros más apropiados y reduzca o elimine así la perturbación emocional y/o conductual padecida. En la RC los pensamientos son considerados hipótesis. Terapeuta y paciente trabajan juntos para recoger datos que determinen si dichas hipótesis son correctas o útiles.

En lugar de decir a los pacientes cuáles son los pensamientos alternativos válidos, el terapeuta formula una serie de preguntas y diseña experimentos conductuales para que los pacientes evalúen y sometan a prueba sus pensamientos negativos y lleguen a una conclusión sobre la validez o utilidad de los mismos (Clark, 1989). Dentro de esta terapia se incluyen la terapia racional emotiva de Ellis, la terapia cognitiva de Beck y el entrenamiento auto-instruccional de Meichenbaum (Bados, 2008).

En un estudio realizado por Manne et al. (2008) en el que realiza una intervención para mejorar el afrontamiento y la comunicación, señala que los cambios en la reevaluación positiva, solución a problemas y autoestima puede reducir significativamente los síntomas depresivos en mujeres con cáncer ginecológico, así mismo señala que el fortalecimiento de la reestructuración

INTERV. COG-CONDUCTUAL CÁNCER GINECOLÓGICO

cognitiva, la resolución de problemas y la capacidad de expresar emociones vulnerables puede aumentar o prolongar los efectos de la intervención.

Al realizar intervenciones psicológicas es importante identificar los elementos terapéuticos que mejoran o disminuyen la eficacia del tratamiento, debido a que en futuras intervenciones estos elementos pueden ser mejorados o eliminados (Manne et al., 2012; Kazdin, 2007).

Programas de intervención

El desarrollo de intervenciones psicológicas en pacientes con cáncer tiene una importancia vital para la adecuación de las diversas etapas de la enfermedad, el objetivo principal de estas intervenciones debe ser: facilitar el proceso de adaptación, evitar el sufrimiento y conseguir la mayor recuperación lo antes posible, sin embargo, estas intervenciones sólo son medidas de apoyo que complementan a los procedimientos médicos, no los sustituyen, por lo que deben integrarse en equipos multidisciplinarios (Font & Rodríguez, 2007). Cunill y Serdá (2011) mencionan que en el proceso de enfermedad, los médicos son incapaces de cubrir las necesidades psicológicas y emocionales del paciente, debido a la focalización en los aspectos técnicos biológicos, por tal motivo, existe la necesidad de promover la atención emocional y las habilidades de comunicación en el inicio del contacto con el paciente.

Moro et al. (2014) manifiestan que al informarle una persona que tiene cáncer existe un cambio radical en la vida del enfermo, de tal manera que se puede diferenciar un antes y después, debido a que la vida propia y su entorno cambiaran desde aspectos físico a emocionales, de tal manera que un aspecto clave para que el paciente y su familia afronten de la manera más

INTERV. COG-CONDUCTUAL CÁNCER GINECOLÓGICO

adecuada, está directamente relacionado con la información y la comunicación que se proporcione en el ámbito físico, así como en el emocional.

De acuerdo con Die Trill (2013) dentro de las principales actividades que debe realizar un psicooncólogo se encuentran la evaluación y tratamiento de personas con cáncer y sus familiares, además de mantener la salud mental del personal sanitario involucrado, llevando la labor de ajustarse a las fases de la enfermedad y diversos tipos de modalidades como lo pudieran ser tanto en individuos recién diagnosticados, así como en tratamiento, remisión, fase terminal o periodo de supervivencia, al igual que llegando a tratar directamente el temor a la enfermedad, así como la comunicación con los hijos antes del periodo de muerte.

Por otro lado, Acinas (2012) menciona que dentro de los objetivos globales de una intervención psicológica realizada en un paciente con cáncer ginecológico y su familia se encuentran el proporcionar un cuidado integrado entre aspectos médicos y psicológicos, además de esto, la búsqueda de la satisfacción psicológica, física, espiritual y social del paciente y su familia.

Ramon Bayes (1990) menciona que algunos de los aspectos fundamentales al realizar una intervención psicológica en pacientes con cáncer es: 1) usarse siempre y cuando se consideren oportunas, 2) el objetivo básico de las mismas debe ser siempre la mejora de la calidad de vida del paciente y 3) hay que admitir la posibilidad, tanto en la investigación como en la clínica, de que los factores psicológicos puedan afectar, directa o indirectamente, positiva o negativamente, al curso biológico del proceso neoplásico y al tiempo de supervivencia del enfermo.

Existen diversos tipos de técnicas para realizar intervenciones psicológicas en pacientes con cáncer, entre ellas podemos mencionar a) Psicoeducativas: ayudan al conocimiento médico,

INTERV. COG-CONDUCTUAL CÁNCER GINECOLÓGICO

la adherencia a los tratamientos y la adaptación funcional de los pacientes; b) Cognitivo-conductual: tiene como objetivo el manejo de sintomatología específica, entrenar al paciente para la identificación y evaluación de los estresores y enseñar habilidades de afrontamiento que faciliten la adaptación a la enfermedad; c) Intervención con familias: su objetivo es aumentar los recursos psicológicos de la familia para disminuir la vulnerabilidad ante la situación que enfrentan, esto a través del manejo y la expresión de emociones, dando significado a sus experiencias, manejo de pérdidas para la prevención del duelo patológico, estableciendo canales de comunicación entre los miembros de la familia (Vera, 2004)

Moncayo y Breitbart (2013) proponen la Psicoterapia de grupo centrada en el sentido (PGCS) la cual busca ayudar a los pacientes a vivir con sentido, dentro de sus objetivos se encuentran: 1) favorecer que los pacientes busquen el sentido de su vida, 2) encontrar nuevas formas de engancharse a la vida, 3) distinguir entre lo que se puede cambiar y lo que no, 4) integrar el diagnóstico de cáncer a la vida del paciente, 5) expresar sentimientos y emociones y 6) la mejora de la adaptación. Dentro de los resultados brindados por esta intervención podemos mencionar la disminución de la ansiedad, depresión y desesperanza, así como, aumento en el sentido de sensación de paz y fe.

CAPÍTULO III

MÉTODO

*El primer paso no
te lleva a donde quieres ir
pero te saca de donde estás.*

J.P. Morgan.

INTERV. COG-CONDUCTUAL CÁNCER GINECOLÓGICO

Método

Diseño del Estudio.

Se realizó un estudio cuasiexperimental con un grupo de control no equivalente con medidas pretest y posttest de acuerdo con Cook y Campbell (1979), con un muestreo no probabilístico intencional (Otzen et al., 2017).

Participantes:

Las participantes en este estudio fueron 50 mujeres de nacionalidad mexicana con cáncer ginecológico en tratamiento quimioterapéutico y diagnosticadas en centros hospitalarios del IMSS de Monterrey, Nuevo León, México en el periodo de diciembre 2018 - marzo de 2019. El total de participantes iniciaron el tratamiento de quimioterapia, no presentaron previa cirugía, sin recidiva, sin trastorno psiquiátrico, ni uso de medicamentos psiquiátricos, libres de apoyo psicológico profesional.

Los participantes de la muestra total contaron con una edad media de 40.50 años, con un rango de 26 a 62 años. La edad media del grupo control fue de 38.24 (DE= 8.59) y para el grupo experimental 42.76 (DE= 9.27). El 62% fue diagnosticada con cáncer cervicouterino, 22% con cáncer de ovario, mientras que solo el 12% cáncer de endometrio y 2% cáncer de vulva. Respecto al estado civil el 70% fue casado (16% unión libre, 8% divorciado, 4% viudo y 2% soltero). Con relación a la escolaridad: 50% estudiaron secundaria, 18% primaria, 22% preparatoria y 20% estudios de licenciatura y superior. El 74% se dedicó completamente al hogar, mientras que 26% realizaron también actividades laborales (70% industria y 30% comerciante). El 44% contaron con 3 hijos, 28% 2 hijos, 22% 4 hijos, 4% 1 hijo y 2% 5 hijos. El

INTERV. COG-CONDUCTUAL CÁNCER GINECOLÓGICO

62% de la población contó con un nivel socioeconómico bajo-alto mientras que el 38% se encontró en media baja. El 76% de la muestra no tuvo otra enfermedad crónica, mientras que el 12% contó con diabetes y el 12% con hipertensión. El 80% de la muestra se encontró en el estadio 2 de la enfermedad.

La edad media del grupo experimental fue de 42.76 (DE= 9.27) y para el grupo control fue de 38.24 (DE= 8.59). Con relación a la localización del cáncer el grupo experimental tuvo 60% cáncer cervicouterino, 20% cáncer de ovario, 16% cáncer de endometrio, 4% cáncer de vulva, para el grupo control 64% cáncer cervicouterino, 24% cáncer de ovario, 8% cáncer de endometrio y 4% cáncer de vulva. El estado civil del grupo experimental fue 60% casadas, 20% unión libre, 8% viuda, 8% divorciada y 4% soltera, para el grupo control 80% casada, 12% unión libre y 8% soltera. El 68% del grupo experimental y el 76% del grupo control se dedican completamente al hogar.

El tamaño de la muestra para este estudio fue de 50 participantes basado en el estudio de Cognitive Behavioral Therapy Hypnosis (Montgomery et al., 2009).

Criterios de exclusión: diagnóstico de otro tipo de cáncer que no sea ginecológico o con diagnóstico mayor a 3 meses, menores de 30 o mayores de 60 años, padecer algún trastorno psiquiátrico, no firmar el consentimiento informado, recidiva, +3 quimioterapias previas o cirugía y no asistir a alguna sesión de la intervención.

Instrumentos:

INTERV. COG-CONDUCTUAL CÁNCER GINECOLÓGICO

El **Cuestionario de Apoyo Social Funcional** de Duke-UNC. Elaborado originalmente por Broadhead et al. (1988). En este estudio se utilizó la versión de (Piña et al., 2007) la cual tiene un índice de fiabilidad de .92. Es un instrumento auto administrado, consta de 11 ítems, se utiliza para detectar el grado de apoyo social en su dimensión afectiva (expresiones de amor, aprecio, simpatía o pertenencia a un grupo) y confidencialidad (posibilidad de contar con personas con las que poder compartir preocupaciones, problemas y de las que pueden recibir información, consejo o guía). Utiliza una escala tipo Likert, puntuando de 1 (“mucho menos de los que deseo”) a 5 (“tanto como lo deseo”). El rango de puntuación oscila entre 11 y 55 puntos. A menor puntuación, menor apoyo social percibido. El punto de cohorte que se utilizara para describir el apoyo social bajo es un puntaje menor a 32 de acuerdo con Ruiz et al. (2005).

Escala de Autoestima de Rosenberg. Evalúa el nivel de satisfacción de uno mismo. Esta escala es autoadministrada y está conformada por 10 reactivos generales, cinco de ellos enunciados en forma positiva y cinco en forma negativa. Cinco ítems son inversos (1, 3, 4, 6 y 7). El contenido de esta centrado en las dimensiones de autorespeto y autoaceptación. Las puntuaciones van de 10 a 40, entre más alto mayor autoestima. Los puntos de corte se han establecido en 30 a 40 puntos: autoestima elevada, de 26 a 29 autoestima media y de menos de 25 autoestima baja. Se utilizó la traducción validada al español la cual cuenta con una consistencia interna entre .80 y .89 (Martín et al., 2007; Vázquez et al., 2004).

Escala de Estrés Percibido: La Escala de Estrés Percibido (*Perceived stress scale, PSS*) fue elaborada por Cohen et al., (1983) para evaluar el grado en que las situaciones de la vida son valoradas como estresantes, obteniendo un alfa de Cronbach de .75. En este estudio se utilizó la

INTERV. COG-CONDUCTUAL CÁNCER GINECOLÓGICO

adaptación cultural realizada en México por González y Landero (2007), la cual cuenta con 14 ítems y una consistencia interna ($\alpha=.83$), además de confirmar la estructura factorial de la escala original, utilizando un análisis factorial confirmatorio. La puntuación va de nunca -0- a muy a menudo -4-. Invirtiéndose la puntuación en los ítems: 4, 5, 6, 7, 9, 10 y 13. La mayor puntuación corresponde a mayor estrés percibido. De acuerdo con Moral y Martínez (2009) a partir 30 es el punto de corte para considerar casos de alto nivel de estrés.

Cuestionario EORTC QLQC30 v3. Cuestionario compuesto por 1 escala que evalúa el estado de salud global, 5 escalas funcionales multi-ítem (funcionamiento físico, actividades cotidianas, funcionamiento cognitivo, funcionamiento emocional y funcionamiento social) y 9 escalas de síntomas (Escalas multi-ítem: fatiga, náuseas y vómito y dolor) (un ítem: disnea, insomnio, pérdida de apetito, constipación, diarrea y dificultades financieras). El promedio bruto (raw score) de cada ítem individual es sumado y en las escalas multi-ítem dividido entre el número de ítems que integran la escala, esos puntajes de las escalas son transformados linealmente para obtener un puntaje de 0 a 100 acorde a las fórmulas e instrucciones proporcionadas en el EORTC QLQ-C30 Scoring Manual (Fayers, 2001) (Aaronson, 1993). Validado en población mexicana por Oñate et al. (2009). Una puntuación mayor = mayor nivel de la respuesta. Mayor puntuación en escalas funcionales = mayor nivel de funcionamiento. Mayor puntuación estado de salud global = mayor calidad de vida. Mayor puntuación en escalas de síntomas = mayor presencia de problemas de salud.

INTERV. COG-CONDUCTUAL CÁNCER GINECOLÓGICO

Procedimiento

Se realizó la vinculación con el jefe de oncología ginecológica de un Hospital de Nuevo León, el cual refirió el manejo del proyecto a la asociación civil presente en el hospital, obteniendo un acuerdo en base a la participación de las pacientes en el proyecto de investigación.

El oncólogo en conjunto con su equipo de enfermería realizó la invitación a las pacientes que cumplan con los criterios de inclusión del estudio, señalando que su participación puede ser dentro de un grupo control o un grupo experimental.

Fase de preevaluación: Los participantes seleccionados para participar en el proyecto de investigación (grupo control y experimental) firmaron un consentimiento informado y contestaron las evaluaciones psicológicas aplicadas por licenciados en psicología, informando previamente que su participación en este estudio puede ser suspendida en el momento que deseen.

Fase de intervención: los participantes asignados al grupo experimental recibieron la intervención 2 veces a la semana durante 1 mes, cada sesión tuvo una duración de 120 minutos. Las sesiones estuvieron compuestas por una intervención cognitivo conductual realizada por un licenciado en psicología, seguidas por un ejercicio hipnótico para la mejora de la autoestima, apoyo social, calidad de vida y disminución del estrés. Las participantes que fueron asignadas al grupo control se les solicitó volver a contestar la evaluación después de un mes, manifestándoles que si lo desean podrían ser invitadas a participar en la intervención, posteriormente al mes de valoración.

INTERV. COG-CONDUCTUAL CÁNCER GINECOLÓGICO

Fase de post evaluación: en esta fase se solicitó a las participantes (grupo control y experimental) que contestar de nuevo la evaluación psicológica, así mismo, se invitó al grupo control a realizar sesiones de la intervención.

Al terminar la colecta de información se realizó la captura de datos en el programa SPSS versión 24 para proceder al análisis estadístico de los datos.

Intervención:

El desarrollo de la presente intervención tuvo como base la estructura del entrenamiento en solución a problemas de D' Zurilla y Goldfried (1973) y la intervención de Fawzy et al. (1996), tales intervenciones contemplan componentes similares a los propuestos en nuestra intervención, tales como educación para la salud, estrategias de afrontamiento, manejo del estrés y solución a problemas. A continuación, presentamos una breve descripción de las técnicas utilizadas durante las sesiones de intervención:

Relajación muscular progresiva de Jacobson: esta técnica fue desarrollada por Edmund Jacobson (1938) y su objetivo es que el sujeto logre una conciencia neuromuscular realizando ejercicios de tensión y distensión en sus propios músculos para disminuir conscientemente su propia tensión.

Reestructuración Cognitiva: esta técnica fue desarrollada por Albert Ellis (1958) y se encarga de que el sujeto de tratamiento logre identificar su propia estructura de pensamiento desadaptativa mediante diversas preguntas y estrategias generadas por el terapeuta, con el objetivo de desarrollar una estructura de pensamiento que disminuya o elimine las perturbaciones emocionales presentes (Bados & Garcia, 2010).

INTERV. COG-CONDUCTUAL CÁNCER GINECOLÓGICO

Entrenamiento en Auto instrucciones: es una técnica desarrollada por Meichenbaum (1977) que busca realizar la modificación del diálogo interno de un individuo con el objetivo de lograr afrontar eventos o situaciones complejas.

Entrenamiento en resolución a problemas: esta técnica fue desarrollada por D'Zurilla y Goldfried (1971), consiste en incorporar un proceso sistemático efectivo en el individuo que pueda utilizar para enfrentar situaciones problemáticas. Este proceso incluye 5 pasos los cuales son: orientación general, formulación del problema, generación de alternativas, toma de decisiones y verificación.

Entrenamiento en asertividad: es una técnica desarrollada por Wolpe y Lazarus (1966) que tiene como fin evitar dificultades en la comunicación interpersonal por medio del desarrollo de habilidades para expresar los sentimientos, opiniones y deseos personales de formas apropiadas (Zaldívar, 1994).

Imaginación Guiada: es una técnica que usa la propia imaginación del individuo para realizar una representación mental de un evento. Regularmente esta técnica va acompañada de la relajación muscular progresiva o la diafragmática. Las imágenes guiadas pueden ser dirigidas por un profesional o una grabación (Felix, et al. 2018).

Inducción Hipnótica: fue definida por Elkins et al. (2015) como “un proceso introductorio a un estado hipnótico en el que el sujeto es guiado a través de sugerencias para relajarse, concentrarse y / o enfocar su atención en algo en particular”. Durante este proceso se busca interactuar con el individuo hasta lograr que quede absorto completamente en la experiencia hipnótica.

INTERV. COG-CONDUCTUAL CÁNCER GINECOLÓGICO

Fortalecimiento del ego: es una metáfora desarrollada por Torem (1990) de uso complementario en la hipnosis clínica enfocada en el desarrollo de la confianza de individuo en base a sus propias experiencias. A la par busca disminuir o eliminar la percepción negativa de diversas situaciones que se hayan vivido anteriormente.

Fortalecimiento de la autoestima de forma indirecta: es una metáfora desarrollada por Arnoldo Téllez (2007) para uso complementario en la hipnosis clínica. Esta enfocada en el desarrollo de la autoestima de forma indirecta realizando un análisis durante el estado hipnótico de los conceptos de buena salud, éxito y motivación.

Abreacción Silenciosa: es una metáfora desarrollada por Watkins (1980) para uso complementario en la hipnosis clínica. Su objetivo es la expresión de emociones negativas, a través de que el individuo imagine recorrer un camino donde encuentra una gran roca (representa las dificultades y obstáculos que no le dejan avanzar). Se le pide imagine una herramienta para destruirla, durante el proceso imaginara los obstáculos que no le posibilitan desarrollar sus objetivos.

INTERV. COG-CONDUCTUAL CÁNCER GINECOLÓGICO

Tabla 1. Estructura de intervención psicológica

#	TEMA	TÉCNICAS			ESTRATEGIA	
		RMP	T. PSIC	E.C.		HIPNÓTICA O TAREA EN CASA.
1	EL CÁNCER	✓	Cáncer ginecológico	RMP	-----	Tarea: Practicar de RMP
2	ESTRÉS	✓	Estrés	Reestructuración Cognitiva	RMP	Tarea: Identificación estilos de afrontamiento.
3	RELACIÓN ENTRE CUERPO Y MENTE	✓	Cuerpo y mente	Entrenamiento en Auto instrucciones	RMP	Tarea: Practica de auto instrucciones
4	SOLUCIÓN A PROBLEMAS	✓	Solución problemas	Resolución a problemas	RMP	Imaginación guiada: problema personal.
5	PENSAMIENTOS NEGATIVOS	✓	Ideas irracionales	Reestructuración Cognitiva	IH	Imaginación guiada: Situación reestructurando ideas irracionales. Metáfora: Abreacción Silenciosa
6	ENTRENAMIENTO EN ASERTIVIDAD.	✓	Asertividad	Entrenamiento en asertividad.	IH	Imaginación guiada: situaciones asertivas. Metáfora: Fortalecimiento de la autoestima de forma indirecta
7	PLAN DE VIDA	✓	Proyecto de vida.		IH	Imaginación guiada: plan de vida. Metáfora: Fortalecimiento del ego

Nota: RMP= Relajación muscular progresiva, T. PSIC = Tema de la Psicoeducación, E.C. = Estrategia cognitiva Utilizada, IH= Inducción hipnótica

INTERV. COG-CONDUCTUAL CÁNCER GINECOLÓGICO

Tabla 2. Sesión 1

Sesión 1. El cáncer	
Objetivos de la sesión:	Población beneficiada
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Aplicación de evaluaciones. ❖ Presentación. ❖ Establecer rapport con los participantes. ❖ El participante conoce lo que es el cáncer y como actúa. ❖ El participante conoce los cambios en su vida debido al cáncer. ❖ El participante aprende la técnica de relajación progresiva. 	Mujeres con cáncer ginecológico.
Contenido informativo:	Tiempo
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Objetivo de la intervención ❖ ¿Qué es el cáncer y cómo actúa? ❖ Cáncer ginecológico ❖ Relajación progresiva 	120 minutos
Competencias para desarrollar:	Recursos:
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Que la participante conozca que es el cáncer y el cáncer ginecológico. ❖ Que la participante conozca que es la relajación progresiva. ❖ Que la participante conozca y aprenda la relajación progresiva. 	Laptop, proyector, trípticos, hojas, lápices, escalas
Técnicas para utilizar:	
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Psicoeducación. ❖ Relajación progresiva. 	
Actividades:	
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Practicar la relajación muscular progresiva. 	

INTERV. COG-CONDUCTUAL CÁNCER GINECOLÓGICO

Tabla 3. Sesión 2

Sesión 2. El estrés	
Objetivos de la sesión:	Población beneficiada
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Presentar información básica sobre el estrés. ❖ Mostrar los efectos del estrés a nivel psicológico y físico. ❖ El participante aprende a reconocer sus reacciones frente al estrés. 	Mujeres con cáncer ginecológico.
Contenido informativo:	Tiempo
<ul style="list-style-type: none"> ❖ ¿Qué es el estrés? ❖ Reacciones físicas y psicológicas del estrés ❖ Manejo del estrés 	120 minutos
Competencias por desarrollar:	Recursos:
<ul style="list-style-type: none"> ❖ El participante aprende a identificar sus reacciones frente al estrés. ❖ El participante es capaz de identificar las reacciones de los demás frente al estrés. 	Laptop, proyector, trípticos, hojas, lápices.
Técnicas para utilizar:	
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Psicoeducación. ❖ Relajación progresiva. ❖ Restructuración Cognitiva. 	
Actividades:	
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Practicar la relajación muscular progresiva ❖ Identificar reacciones propias frente al estrés y estilos de afrontamiento. 	

INTERV. COG-CONDUCTUAL CÁNCER GINECOLÓGICO

Tabla 4. Sesión 3

Sesión 3. Cuerpo y mente.	
Objetivos de la sesión:	Población beneficiada
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Establecer una relación entre nuestros pensamientos y nuestro cuerpo. ❖ Aprender a manejar las emociones frente al estrés. 	Mujeres con cáncer ginecológico.
Contenido informativo:	Tiempo
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Relación cuerpo-mente ❖ Estrategias para el manejo del estrés 	120 minutos
Competencias para desarrollar:	Recursos:
<ul style="list-style-type: none"> ❖ El participante aprende a manejar estrategias de manejo del estrés. 	Laptop, proyector, trípticos, hojas, lápices.
Técnicas para utilizar:	
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Psicoeducación. ❖ Relajación progresiva. ❖ Autoinstrucciones. 	
Actividades:	
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Practicar la relajación muscular progresiva. ❖ Identificar reacciones propias frente al estrés. ❖ Autoinstrucciones para manejo del estrés. ❖ Utilizar estrategias de manejo del estrés (en casa). 	

INTERV. COG-CONDUCTUAL CÁNCER GINECOLÓGICO

Tabla 5. Sesión 4

Sesión 4. Solución a Problemas.	
Objetivos de la sesión:	Población beneficiada
1. Desarrollar en el participante la habilidad de establecer un método de resolución de problemas.	Mujeres con cáncer ginecológico.
Contenido informativo:	Tiempo
❖ ¿Qué es un problema?	120 minutos
❖ Método de Solución a problemas	
Competencias para desarrollar:	Recursos:
❖ El participante aprende y practica la estrategia de solución a problemas.	Laptop, proyector, trípticos, hojas, lápices.
Técnicas para utilizar:	
❖ Psicoeducación.	
❖ Relajación progresiva.	
❖ Resolución de problemas	
❖ Imaginación guiada.	
Actividades:	
❖ Resolver una problemática actual mediante el método de resolución de problemas.	
❖ Imaginación guiada para resolución de problema personal.	

INTERV. COG-CONDUCTUAL CÁNCER GINECOLÓGICO

Tabla 6. Sesión 5

Sesión 5. Pensamientos negativos.	
Objetivos de la sesión:	Población beneficiada
1. Desarrollar en el paciente la habilidad de identificar pensamientos negativos e ideas irracionales.	Mujeres con cáncer ginecológico.
Contenido informativo:	Tiempo
❖ Pensamientos negativos e ideas irracionales	120 minutos
Competencias por desarrollar:	Recursos:
❖ El participante aprenderá a diferenciar pensamientos negativos, irracionales y útiles.	Laptop, proyector, trípticos, hojas, lápices.
Técnicas para utilizar:	
❖ Psicoeducación.	
❖ Relajación progresiva.	
❖ Restructuración cognitiva,	
❖ Hipnosis.	
❖ Imaginación guiada.	
Actividades:	
❖ Identificar pensamientos negativos, no útiles e irracionales en sesión y en la vida cotidiana.	
❖ Imaginación guiada: Situación restructurando ideas irracionales.	
❖ Metáfora: Abreacción Silenciosa	

INTERV. COG-CONDUCTUAL CÁNCER GINECOLÓGICO

Tabla 7. Sesión 6

Sesión 6. Entrenamiento en Asertividad.	
Objetivos de la sesión:	Población beneficiada
1. Desarrollar en el participante habilidades asertivas.	Mujeres con cáncer ginecológico.
Contenido informativo:	Tiempo
❖ Asertividad	120 minutos
❖ Estrategias asertivas	
Competencias para desarrollar:	Recursos:
❖ El participante aprende a diferenciar entre estilos asertivos y no asertivos.	Laptop, proyector, trípticos, hojas,
	lápices.
Técnicas para utilizar:	
❖ Psicoeducación.	
❖ Relajación progresiva.	
❖ Entrenamiento en asertividad.	
❖ Hipnosis.	
❖ Imaginación guiada.	
Actividades:	
❖ Establecer métodos de respuesta asertiva frente a situaciones vulnerables.	
❖ Imaginación guiada: situaciones asertivas.	
❖ Metáfora: Fortalecimiento de la autoestima de forma indirecta	

INTERV. COG-CONDUCTUAL CÁNCER GINECOLÓGICO

Tabla 8. Sesión 7

Sesión 7. Plan de vida.	
Objetivos de la sesión:	Población beneficiada
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Desarrollar un plan de vida. ❖ Retroalimentación de sesiones anteriores. ❖ Reaplicación de escalas de evaluación. 	Mujeres con cáncer ginecológico.
Contenido informativo:	Tiempo
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Estrés, cáncer, relación cuerpo-mente, solución a problema, pensamientos negativos, asertividad. ❖ Plan de vida. 	120 minutos
Competencias por desarrollar:	Recursos:
<ul style="list-style-type: none"> ❖ El participante a desarrollar su plan de vida 	Laptop, proyector, trípticos, hojas, lápices, escalas.
Técnicas para utilizar:	
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Psicoeducación. ❖ Relajación progresiva. ❖ Hipnosis. ❖ Imaginación guiada 	
Actividades:	
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Establecer un plan de vida. ❖ Imaginación guiada: plan de vida. ❖ Metáfora: fortalecimiento del ego 	

INTERV. COG-CONDUCTUAL CÁNCER GINECOLÓGICO

Aspectos éticos:

Este proyecto de investigación siguió los principios y normas éticas señaladas por la American Psychological Association (2010), entre algunas de ellas las siguientes:

(3.04) Evitar el Daño. Los psicólogos tomaran las medidas razonables para el evitar cualquier daño a los participantes de la investigación, clientes de la organización u otras personas con las que trabajan, minimizando daños inevitables

(3.10) Consentimiento Informado. Cuando los psicólogos llevan a cabo investigaciones, proporcionan tratamiento, asesoramiento o servicios de consultoría deberán obtener el consentimiento informado de la persona utilizando un lenguaje que sea comprensible para la persona.

(3.12) Interrupción de los servicios psicológicos. Los psicólogos realizaran esfuerzos razonables con el fin de no interrumpir los servicios psicológicos prestados.

(4.01) Mantener la Confidencialidad. Los psicólogos tienen la obligación primordial de proteger la información confidencial obtenida o almacenada en algún medio, reconociendo que los límites y confidencialidad puede ser regulado por la ley o establecida por las reglas institucionales o relación profesional o científica.

(4.07) El uso de la información para fines didácticos. Los psicólogos no revelan en sus escritos, conferencias, videos u otros medios públicos información confidencial del paciente a menos que adopten medidas pertinentes para disfrazar a la persona u organización.

(7.01) Diseño de programas de educación y capacitación. Los psicólogos son responsables de los programas de educación y capacitación, garantizando que están diseñados

INTERV. COG-CONDUCTUAL CÁNCER GINECOLÓGICO

para proporcionar conocimientos y experiencias de manera adecuada a los fines con los que de desarrollo el programa.

(8.01) Aprobación institucional. Los psicólogos proporcionan información precisa sobre sus propuestas de investigación ante su centro institucional para ser aprobado antes de su realización. Y llevan a cabo la investigación en base al protocolo aprobado

(8.03) Consentimiento informado para la grabación de voces e imágenes en investigación. Los psicólogos deben obtener el consentimiento informado de los participantes previo a la grabación de voces e imágenes.

(8.04) Participantes en la investigación. cuando los psicólogos hacen investigaciones con pacientes toman las medidas para proteger de consecuencias adversas.

(8.06) Incentivos para la colaboración en una investigación. Los psicólogos hacen lo posible por no ofrecer incentivos financieros o de otro tipo para la participación en la investigación.

(8.10) Informes de resultados de investigación. Los psicólogos no fabrican datos. Si descubren errores en las publicaciones hacen lo posible por corregirlos.

(8.12) Crédito por la publicación. Los psicólogos tienen la responsabilidad y el crédito solo por el trabajo que han realizado en realidad o en los que han contribuido en gran medida.

INTERV. COG-CONDUCTUAL CÁNCER GINECOLÓGICO

Análisis de datos

Para realizar el análisis de la información se utilizó el paquete estadístico Statistical Package For Social Sciences (SPSS) versión 24 y Excel 2013. Para los objetivos descriptivos se usaron las tablas de frecuencias, así como medidas de tendencia central (media aritmética y mediana), de variabilidad (rango y desviación estándar) y de la forma de la distribución (coeficiente de asimetría basado en el tercer cunulante estandarizado de Fisher (1930, 1970) y exceso de curtosis basada en el cuarto cumulante estandarizado de Fisher, 1930, 1970). Se contrastó el ajuste de las distribuciones a la normalidad por medio de la prueba de Shapiro y Wilk (1965) con la modificación de Royston (1993), y por el gráfico cuantil-cuantil normal. La fiabilidad de los instrumentos se medida se estimó por el coeficiente de consistencia interna alfa de Crombach (1951). Todos ellos procedimientos implementos por SPSS versión 24

Para los objetivos 1 y 2 de comparación entre la medida pre y post tratamiento se usó la prueba de rangos de Wilcoxon (1945). Debido a que el tamaño muestral era mayor que 25 (Siegel & Castellán, 1988), se computó la aproximación a la distribución normal de la prueba.

$$Z = \frac{W - \frac{n(n+1)}{4}}{\sqrt{\frac{n(n+1)(2n+1)}{24}}}$$

Para medida del tamaño del efecto se usa la correlación biserial por rango de Kerby (2014) para tamaño del efecto. $r_{rb} = \frac{SR_+ - SR_-}{SR_- + SR_+}$.

Para los objetivos 3 y 4 de comparación entre el grupo control y experimental se usó la prueba U de Mann y Whitney (1947). Debido a que el tamaño de ambas muestras era mayor que 20 (Siegel & Castellán, 1988), se computó la aproximación a la distribución normal de la prueba

INTERV. COG-CONDUCTUAL CÁNCER GINECOLÓGICO

$Z = \frac{w - \frac{n(n+m+1)}{2}}{\sqrt{\frac{nm(n+m+1)}{12}}}$, El tamaño del efecto se estimó por la “r” de Rosenthal (Rosenthal & Rubin,

2003). $r = \frac{Z}{\sqrt{n}}$

El coeficiente de correlación r de Rosenthal y el coeficiente de correlación biserial por rangos (r_{rb}) toman valores de 0 a 1 y se pueden interpretar desde los puntos de corte sugeridos por Cohen (1988): .00 a .10 trivial o sin importancia, .10 a .30 pequeña, .30 a .50 media, .50 a .70 grande, .70 a .90 muy grande y de .90 a 1 unitaria.

CAPÍTULO III

RESULTADOS

*Hazlo simple,
tan simple como sea posible.*

Albert Einstein.

INTERV. COG-CONDUCTUAL CÁNCER GINECOLÓGICO

Resultados

A continuación, el análisis de consistencia interna y normalidad en la muestra total (50 mujeres con ginecológico), seguido de los resultados en acuerdo al orden de los objetivos planteados.

Análisis de consistencia interna y normalidad en la variable estrés, autoestima, apoyo social y calidad de vida en el total de la muestra (50 mujeres con cáncer ginecológico)

El análisis de consistencia interna se realizó utilizando el Coeficiente de Alfa de Cronbach encontrando valores altos de alfa durante el pre y posttest de las variables estrés ($\alpha_{pre} = .849$ vs $\alpha_{post} = .841$), autoestima ($\alpha_{pre} = .826$ vs $\alpha_{post} = .965$) y apoyo social ($\alpha_{pre} = .916$ vs $\alpha_{post} = .965$). En las subescalas de la escala EORTC QLQ-C30 los valores altos de alfa en el pre y posttest solo están presentes en el subdimensión de función cognitiva ($\alpha_{pre} = .900$ vs $\alpha_{post} = .867$). Los resultados de consistencia interna se mantienen de bueno a alto grado de confiabilidad en la presente muestra, con excepción de la subescala de funcionamiento social ($\alpha_{post} = .682$) en el posttest y la subescala de dolor ($\alpha_{pre} = .619$) en el pretest que presentan niveles moderados (Ver tabla 9 y 10). Las variables disnea, insomnio, anorexia, estreñimiento, diarrea e impacto económico no cuenta con los criterios para calcular el Alfa de Cronbach.

La normalidad se calculó con la prueba de Kolmogorov-Smirnov y Shapiro-Wilk. Encontrando con un nivel de confianza del 95% que la distribución de datos no se comporta de manera normal en ninguna de las variables, con excepción del estrés ($p = .200$) en el pre-posttest y la autoestima ($p = .060$) en el pretest.

INTERV. COG-CONDUCTUAL CÁNCER GINECOLÓGICO

Tabla 9. *Análisis de consistencia interna y normalidad de las variables estrés, autoestima, apoyo social y calidad de vida en el pretest de la muestra (50 mujeres).*

VARIABLE	MEDIA	DT	ITEMS	KOLMOGOROV-SMIRNOV			SHAPIRO-WILK		
				ALFA	Z	SIG	ESTADÍSTICO	GL	SIG
ESTRÉS	29.82	7.32	14	.849	.102	.200*	.978	50	.459
AUTOESTIMA	19.44	4.63	10	.826	.122	.060	.953	50	.046
APOYO SOCIAL	27.10	8.97	11	.916	.176	.001	.924	50	.003
CALIDAD DE VIDA									
Estado Global de Salud	30.50	18.18	2	.762	.218	.001	.900	50	.001
Escalas Funcionales*									
Función Física	76.53	18.08	5	.775	.236	.001	.858	50	.001
Actividades cotidianas	70.33	19.43	2	.781	.265	.001	.839	50	.001
Rol Emocional	53.33	17.90	4	.705	.186	.001	.916	50	.002
Función Cognitiva	87.67	27.11	2	.900	.395	.001	.513	50	.001
Función Social	44.67	25.74	2	.737	.142	.013	.944	50	.020
Síntomas*									
Fatiga	40.22	26.64	3	.741	.130	.033	.933	50	.007
Dolor	45.67	33.81	2	.619	.144	.011	.911	50	.001
Náuseas y vomito	15.33	15.74	2	.816	.255	.001	.822	50	.001
Disnea	32.00	27.73	1	----	.281	.001	.824	50	.001
Insomnio	54.67	32.83	1	----	.203	.001	.878	50	.001
Anorexia	58.67	38.43	1	----	.219	.001	.832	50	.001
Estreñimiento	28.67	37.50	1	----	.298	.001	.714	50	.001
Diarrea	21.33	33.51	1	----	.378	.001	.667	50	.001
Impacto Económico	45.33	39.70	1	----	.199	.001	.828	50	.001

Nota. Medias de la escala de calidad de vida (EORT qlq-c30) están transformadas en porcentaje tal como lo señala el manual.

Tabla 10. *Análisis de consistencia interna y normalidad de las variables estrés, autoestima, apoyo*

INTERV. COG-CONDUCTUAL CÁNCER GINECOLÓGICO

social y calidad de vida en el postest de la muestra (50 mujeres).

VARIABLE	MEDIA	DT	ITEMS	KOLMOGOROV-SMIRNOV			SHAPIRO-WILK		
				ALFA	Z	SIG	ESTADÍSTICO	GL	SIG
ESTRÉS	23.68	9.15	14	.841	.093	.200*	.975	50	.359
AUTOESTIMA	26.12	10.27	10	.965	.179	.001	.861	50	.001
APOYO SOCIAL	40.18	12.32	11	.965	.170	.001	.882	50	.001
CALIDAD DE VIDA									
Estado Global de Salud	65.83	19.87	2	.863	.187	.001	.929	50	.005
Escalas Funcionales*									
Función Física	78.80	18.70	5	.774	.186	.001	.802	50	.001
Actividades cotidianas	79.67	23.40	2	.797	.262	.001	.806	50	.001
Rol Emocional	68.17	23.91	4	.813	.137	.020	.938	50	.011
Función Cognitiva	75.33	33.03	2	.867	.316	.001	.733	50	.001
Función Social	71.00	31.19	2	.682	.204	.001	.843	50	.001
Síntomas*									
Fatiga	37.78	28.66	3	.721	.182	.001	.919	50	.002
Dolor	35.67	26.94	2	.768	.175	.001	.919	50	.002
Náuseas y vomito	40.67	36.29	2	.733	.189	.001	.868	50	.001
Disnea	24.00	30.89	1	----	.341	.001	.747	50	.001
Insomnio	32.00	31.56	1	----	.225	.001	.831	50	.001
Anorexia	26.67	32.30	1	----	.296	.001	.775	50	.001
Estreñimiento	26.00	33.87	1	----	.319	.001	.747	50	.001
Diarrea	14.67	20.38	1	----	.384	.001	.684	50	.001
Impacto Económico	26.00	33.87	1	----	.319	.001	.747	50	.001

Nota. Las medias de la escala de calidad de vida (EORT qlq-c30) están transformadas en porcentaje tal como lo señala el manual.

INTERV. COG-CONDUCTUAL CÁNCER GINECOLÓGICO

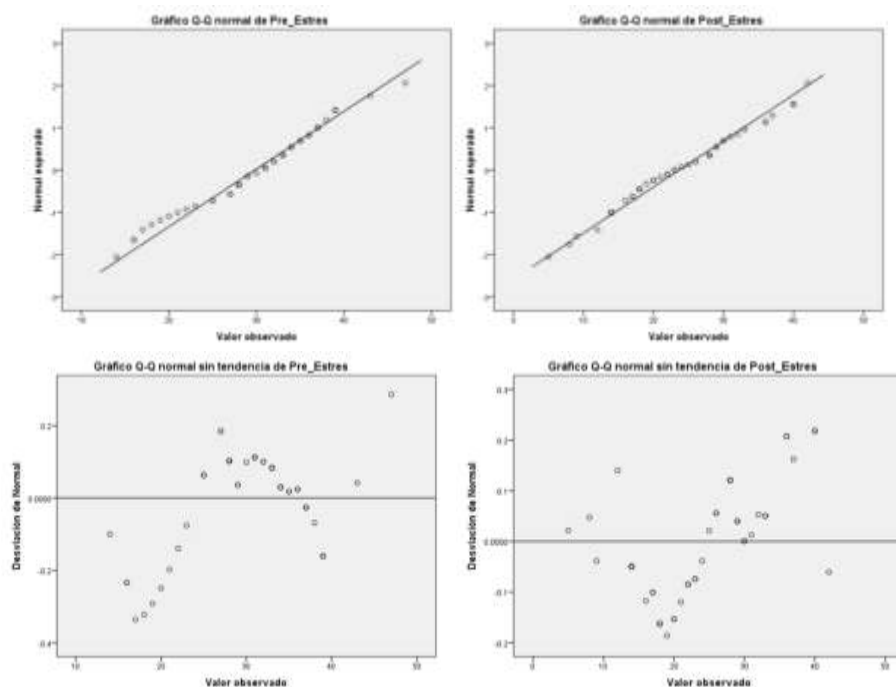


Figura 1. Gráficos Q-Q “Presencia de normalidad en la variable Estrés pretest y postest”

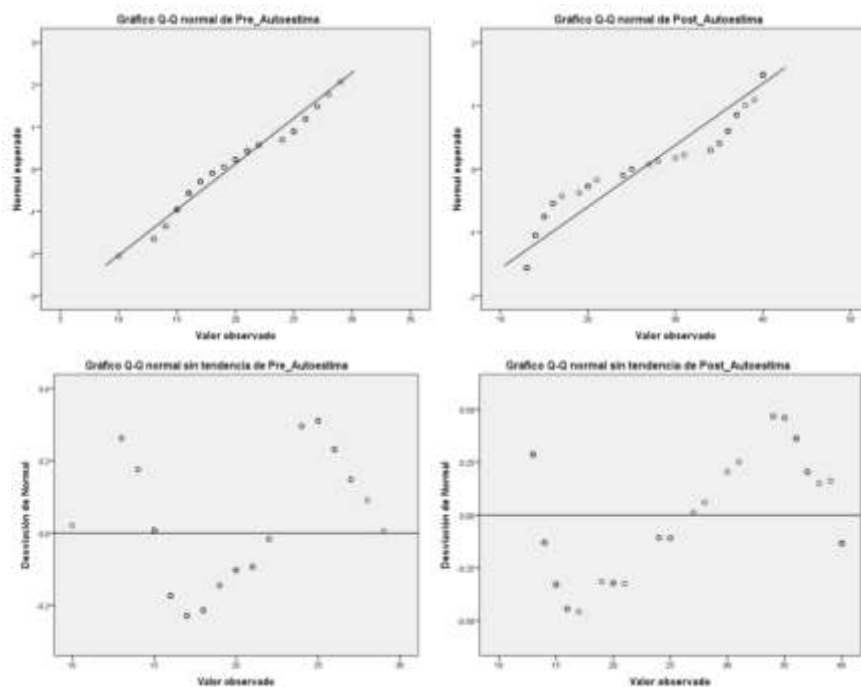
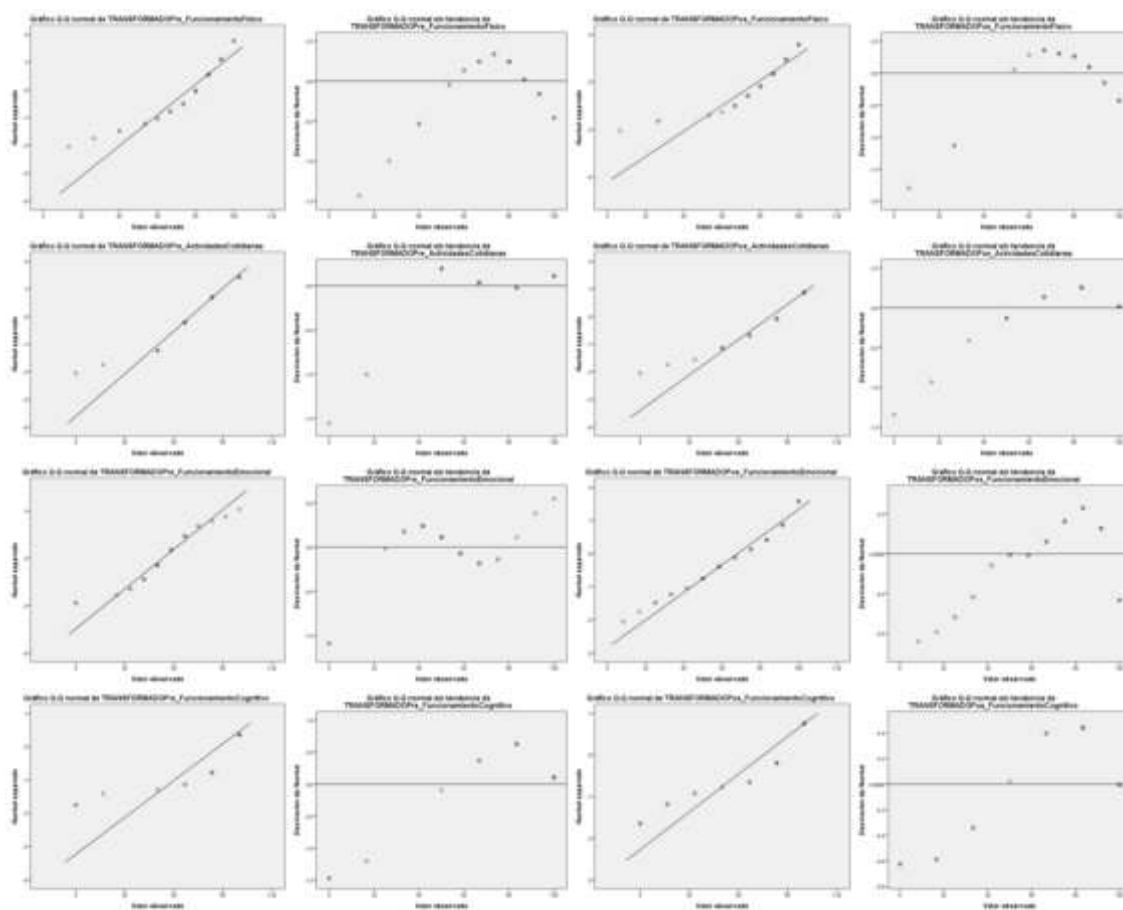


Figura 2. Gráficos Q-Q “Normalidad en la variable Autoestima del pretest y anormalidad en el postest.



INTERV. COG-CONDUCTUAL CÁNCER GINECOLÓGICO

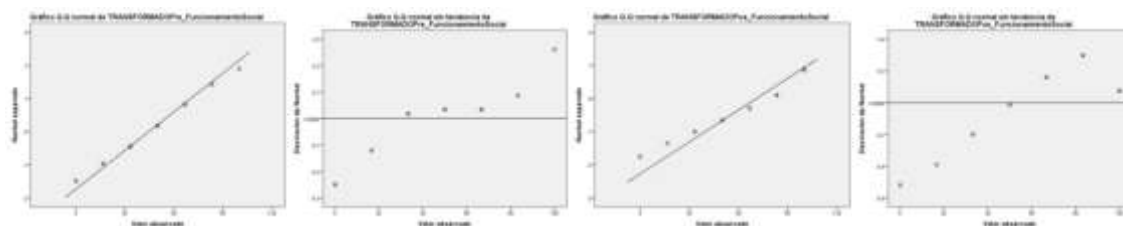
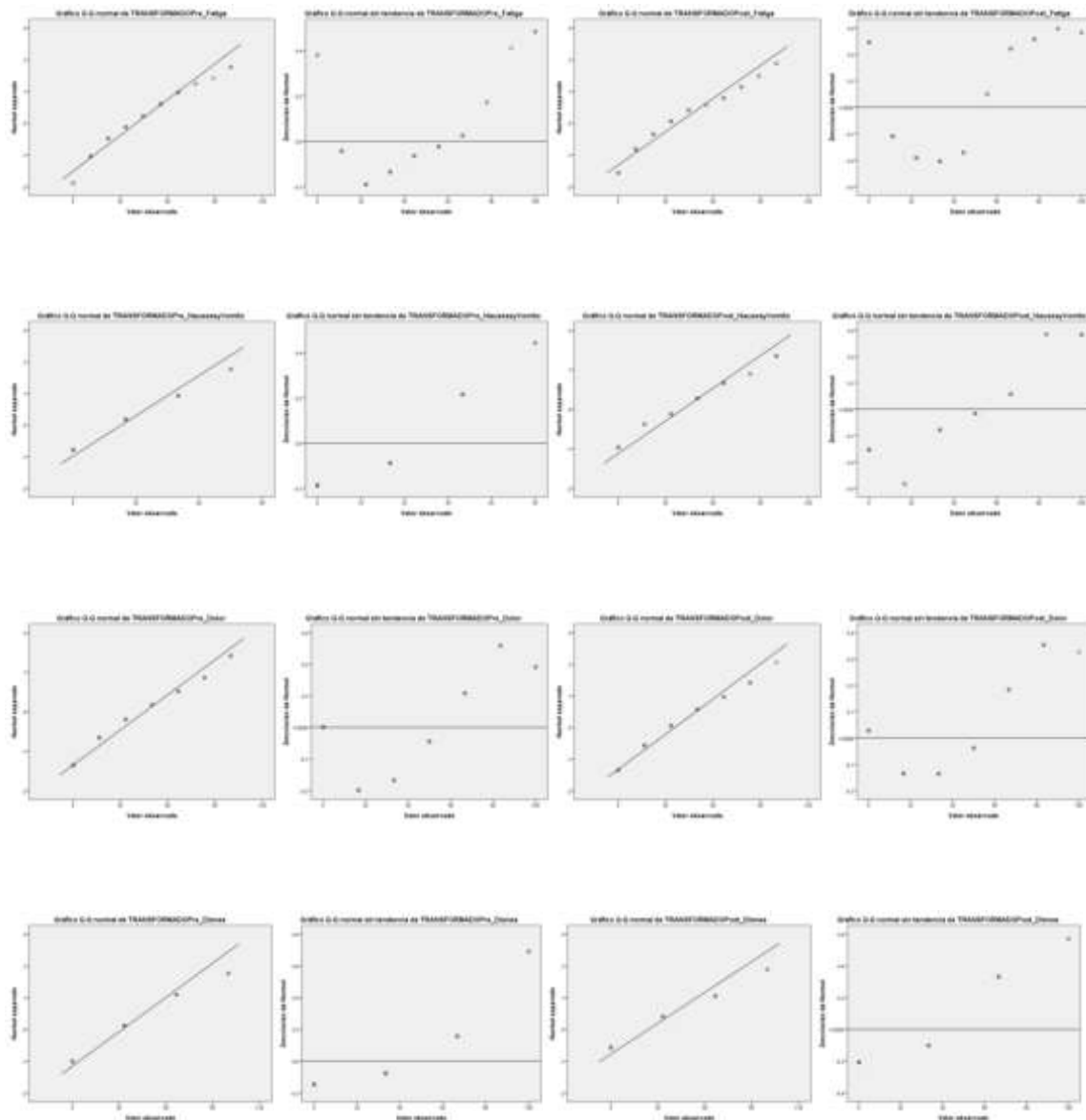


Figura 4. Gráficos Q-Q “Presencia de anormalidad en las escalas funcionales de EORTC qlq-c30”



INTERV. COG-CONDUCTUAL CÁNCER GINECOLÓGICO

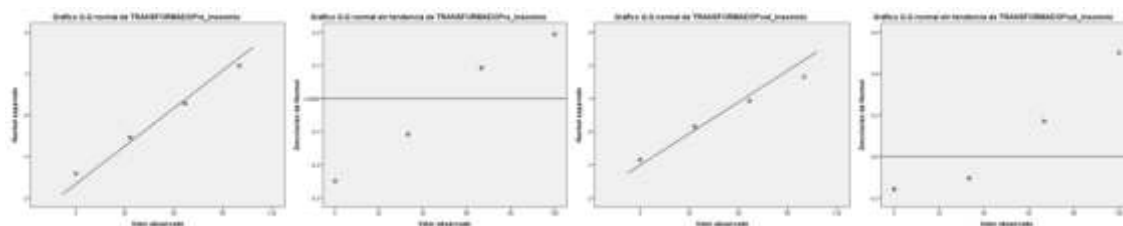


Figura 5. Gráficos Q-Q “Presencia de anormalidad en las escalas de síntomas de EORTC qlq-c30” (parte 1).

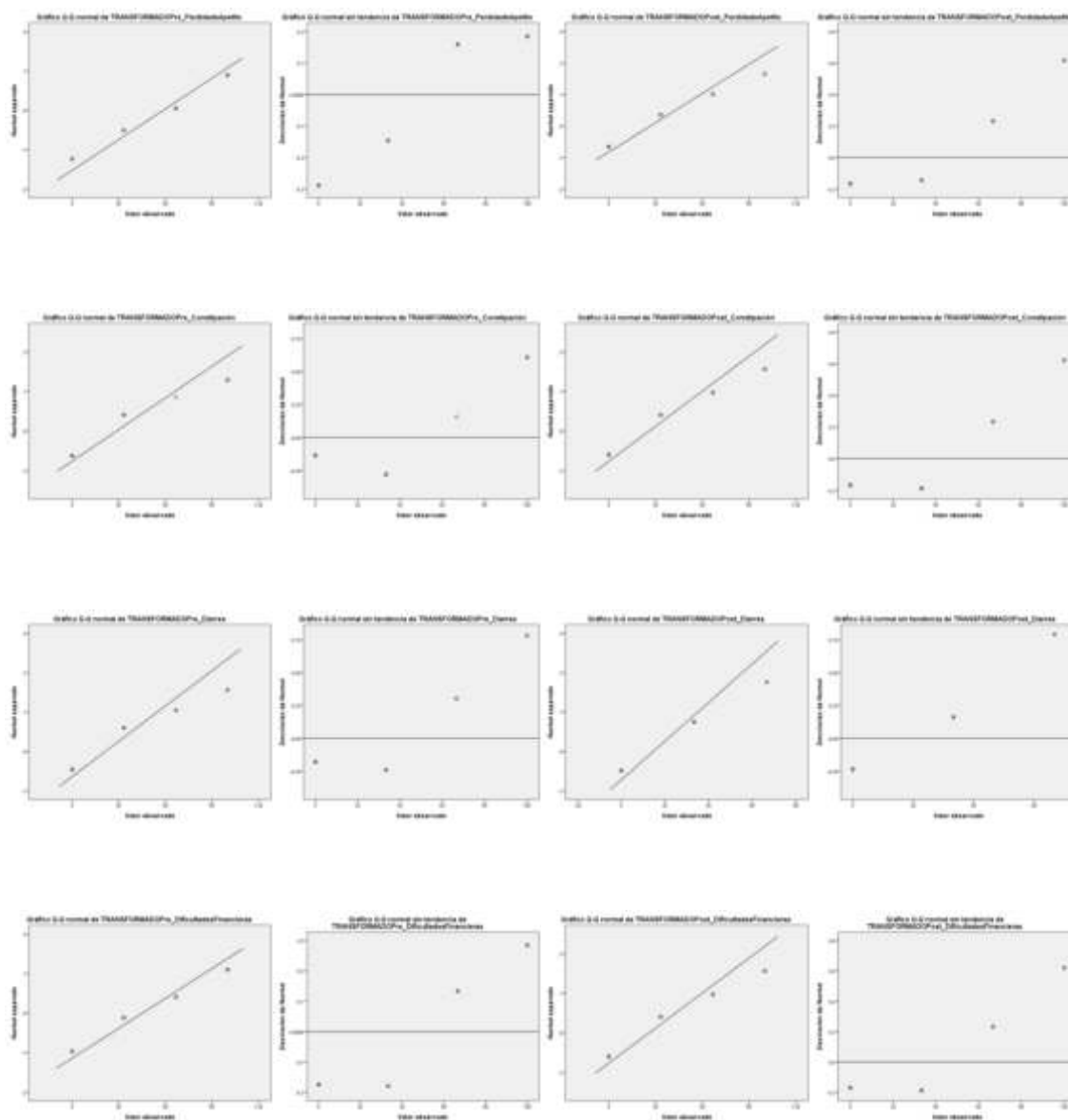


Figura 6. Gráficos Q-Q “Presencia de anormalidad en las escalas de síntomas de EORTC qlq-c30” (parte 2).

INTERV. COG-CONDUCTUAL CÁNCER GINECOLÓGICO

Objetivo 1. Evaluar y comparar los niveles de estrés, autoestima, apoyo social y calidad de vida antes y después del tratamiento en el grupo experimental.

1.1. Análisis de consistencia interna y normalidad de las variables estrés, autoestima, apoyo social y calidad de vida en el pretest del grupo experimental.

De acuerdo con el análisis de consistencia interna de Alfa de Cronbach en el grupo experimental pretest se encuentra que la variable apoyo social ($\alpha = .903$) y las variables funcionales del instrumento de calidad de vida EORTC QLQC30: función cognitiva ($\alpha = .905$) y náuseas y vomito ($\alpha = .953$) presentan una confiabilidad unitaria. Las variables estrés ($\alpha = .831$), autoestima ($\alpha = .831$) y la variables funcional del instrumento de calidad de vida EORTC QLQC30: actividades cotidianas ($\alpha = .800$), presentan un alto nivel de confiabilidad, mientras que las variables del instrumento de calidad de vida EORTC QLQC30: estado global de salud ($\alpha = .724$), función física ($\alpha = .714$), rol emocional ($\alpha = .730$), función social ($\alpha = .773$) y fatiga ($\alpha = .664$) muestran un buen nivel aceptable de confiabilidad. A diferencia de la variable dolor ($\alpha = .326$) que cuenta con un nivel bajo de confiabilidad. Las variables disnea, insomnio, anorexia, estreñimiento, diarrea e impacto económico no cuenta con los criterios para calcular el Alfa de Cronbach (ver tabla 11).

Para la valoración de la normalidad se utilizó la prueba de Kolmogorov-Smirnov y Shapiro-Wilk. Encontrando con un nivel de confianza del 95% y que la distribución de datos no se comporta de manera normal en ninguna de las variables, con excepción del rol emocional ($p = .141$), fatiga ($p = .182$) y dolor ($p = .117$).

INTERV. COG-CONDUCTUAL CÁNCER GINECOLÓGICO

Tabla 11. *Análisis de consistencia interna y normalidad de las variables estrés, autoestima, apoyo social y calidad de vida en el pretest del grupo experimental (25 mujeres).*

VARIABLE	MEDIA	DT	ITEMS	KOLMOGOROV-SMIRNOV			SHAPIRO-WILK		
				ALFA	Z	SIG	ESTADÍSTICO	GL	SIG
ESTRÉS	31.52	6.53	14	.831	.175	.047	.910	25	.030
AUTOESTIMA	20.12	4.62	10	.831	.174	.048	.907	25	.026
APOYO SOCIAL	27.76	8.70	11	.903	.174	.050	.919	25	.048
CALIDAD DE VIDA									
Estado Global de Salud	29.33	9.95	2	.724	.296	.001	.847	25	.002
Escalas Funcionales*									
Función Física	78.13	13.68	5	.714	.234	.001	.918	25	.045
Actividades cotidianas	70.00	18.63	2	.800	.291	.001	.839	25	.001
Rol Emocional	54.00	20.14	4	.730	.185	.028	.939	25	.141
Función Cognitiva	84.67	28.43	2	.905	.321	.001	.591	25	.001
Función Social	45.33	29.08	2	.773	.204	.009	.930	25	.086
Síntomas*									
Fatiga	40.44	19.74	3	.664	.161	.095	.944	25	.182
Dolor	46.00	30.15	2	.326	.155	.126	.936	25	.117
Náuseas y vomito	14.67	16.89	2	.953	.287	.001	.799	25	.001
Disnea	29.33	29.38	1	----	.286	.001	.795	25	.001
Insomnio	58.67	36.36	1	----	.192	.018	.858	25	.003
Anorexia	53.33	39.67	1	----	.200	.011	.841	25	.001
Estreñimiento	28.00	39.30	1	----	.322	.001	.687	25	.001
Diarrea	20.00	31.91	1	----	.375	.001	.674	25	.001
Impacto Económico	48.00	39.77	1	----	.204	.009	.838	25	.001

Nota. Las medias de la escala de calidad de vida (EORT qlq-c30) están transformadas en porcentaje tal como lo señala el manual.

INTERV. COG-CONDUCTUAL CÁNCER GINECOLÓGICO

1.2. Análisis de consistencia interna y normalidad de las variables estrés, autoestima, apoyo social y calidad de vida en el posttest del grupo experimental.

El análisis de consistencia interna de Alfa de Cronbach en el grupo experimental posttest encuentra que la variable náuseas y vomito ($\alpha = .987$) presenta un nivel unitario de confiabilidad, mientras que las variables estrés ($\alpha = .803$), autoestima ($\alpha = .838$), apoyo social ($\alpha = .896$), actividades cotidianas ($\alpha = .864$), rol emocional ($\alpha = .818$) y función social ($\alpha = .878$) presentan un alto nivel de confiabilidad. Las variables estado global de salud ($\alpha = .759$), función física ($\alpha = .759$), función cognitiva ($\alpha = .743$) y fatiga ($\alpha = .756$) se encuentran en un nivel bueno. Por otro lado, la variable dolor ($\alpha = .598$) presenta un nivel cuestionable de confiabilidad. Las variables disnea, insomnio, anorexia, estreñimiento, diarrea e impacto económico no cuenta con los criterios para calcular el Alfa de Cronbach (ver tabla 12).

Para la valoración de la normalidad se utilizó la prueba de Kolmogorov-Smirnov y Shapiro-Wilk. Encontrando con un nivel de confianza del 95% que la distribución de datos no se comporta de manera normal en ninguna de las variables, con excepción de la variable estrés ($p = .643$).

INTERV. COG-CONDUCTUAL CÁNCER GINECOLÓGICO

Tabla 12. *Análisis de consistencia interna y normalidad de las variables estrés, autoestima, apoyo social y calidad de vida en el posttest del grupo experimental (25 mujeres).*

VARIABLE	MEDIA	DT	ITEMS	KOLMOGOROV-SMIRNOV			SHAPIRO-WILK	
				ALFA	Z	SIG	ESTADÍSTICO	SIG
ESTRÉS	19.64	7.52	14	.803	.107	.200*	.970	.643
AUTOESTIMA	35.32	4.64	10	.838	.198	.012	.851	.002
APOYO SOCIAL	49.60	5.93	11	.896	.220	.003	.725	.001
CALIDAD DE VIDA								
Estado Global de Salud	79.00	14.26	2	.759	.230	.002	.908	.028
Escalas Funcionales*								
Función Física	85.87	15.07	5	.759	.230	.002	.908	.028
Actividades cotidianas	91.33	13.71	2	.864	.241	.001	.726	.001
Rol Emocional	83.33	16.84	4	.818	.416	.001	.629	.001
Función Cognitiva	75.33	33.72	2	.743	.220	.003	.780	.001
Función Social	88.00	24.31	2	.878	.314	.001	.730	.001
Síntomas*								
Fatiga	25.33	25.36	3	.756	.216	.004	.803	25 .001
Dolor	24.00	23.61	2	.598	.186	.025	.834	25 .001
Náuseas y vomito	30.67	42.68	2	.987	.364	.001	.682	25 .001
Disnea	14.67	23.73	1	----	.412	.001	.644	25 .001
Insomnio	16.00	21.77	1	----	.369	.001	.706	25 .001
Anorexia	12.00	23.33	1	----	.416	.001	.562	25 .001
Estreñimiento	16.00	29.06	1	----	.389	.001	.596	25 .001
Diarrea	8.00	14.53	1	----	.469	.001	.533	25 .001
Impacto Económico	18.67	32.03	1	----	.400	.001	.640	25 .001

Nota. Las medias de la escala de calidad de vida (EORT qlq-c30) están transformadas en porcentaje tal como lo señala el manual.

INTERV. COG-CONDUCTUAL CÁNCER GINECOLÓGICO

1.3. Comparación test-retest de la variable estrés en el grupo experimental.

La tabla 13 muestra una reducción del estrés en la comparación test-retest del grupo experimental ($x_{pre}=31.52$, $x_{pos} = 19.64$). El análisis comparativo se realizó a partir de la prueba de rangos de Wilcoxon encontrando diferencias significativas ($Z= -4.290$, $p<.001$). Con un efecto muy grande ($r_{rb} =1.000$) de acuerdo con la correlación biserial por rango de Kerby. Por lo tanto, se encontraron diferencias significativas en los niveles de estrés percibido del grupo experimental.

Tabla 13. Descripción de la escala de estrés percibido en el grupo experimental.

	Sujetos	Media	Mediana	DT	Rango	Mínimo	Máximo	Wilcoxon	Correlación biserial por rangos
Pretest	25	31.52	33.00	6.526	33.00	14.00	47.00	$Z= -4.290$	$r_{rb} = 1.000$
Posttest	25	19.64	18.00	7.521	28.00	5.00	33.00	$p<.001^*$	

En la figura 7 se muestran los puntajes obtenidos por el grupo experimental en la escala de estrés percibido, logrando notar en cada individuo la disminución de los niveles de estrés después de participar en la intervención psicológica.



Figura 7. Escala de Estrés Percibido

INTERV. COG-CONDUCTUAL CÁNCER GINECOLÓGICO

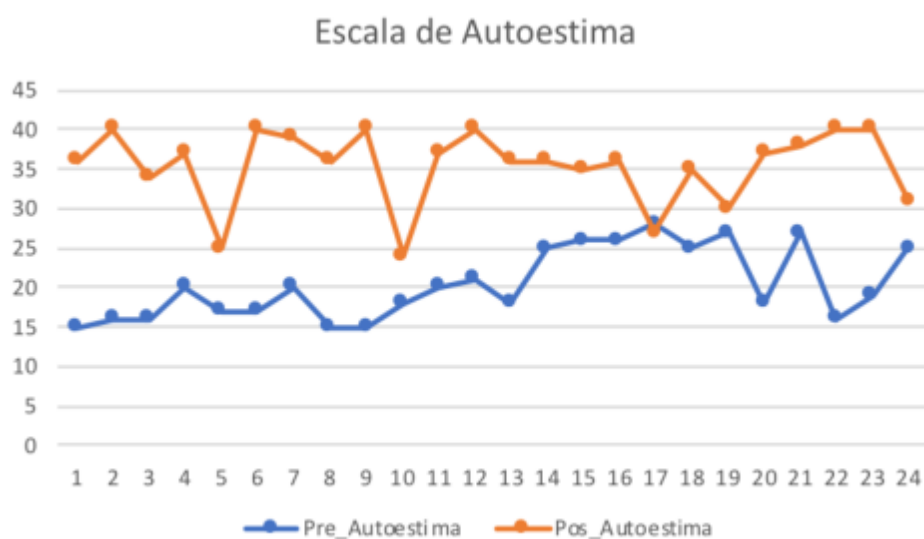
1.4. Comparación test-retest de la variable autoestima en el grupo experimental.

Los resultados obtenidos en la escala de autoestima muestran un aumento entre el pre (X= 20.120) y postest (X= 35.320) logrando una diferencia significativa de acuerdo con Wilcoxon respecto a sus medias ($Z= -4.349$, $p<.001$) y un efecto muy grande ($r_{rb}=1.000$) de acuerdo con la correlación biserial por rango de Kerby (Ver tabla 14).

Tabla 14. Descripción de la escala de AUTOESTIMA en el grupo experimental.

	Sujetos	Media	Mediana	DT	Rango	Mínimo	Máximo	Wilcoxon	Correlación biserial por rangos
Pretest	25	20.12	19.0000	4.621	15.00	13.00	28.00	$Z= -4.349$	$r_{rb} = .988$
Postest	25	35.32	36.0000	4.643	16.00	24.00	40.00	$p<.001^*$	

En la siguiente imagen (figura 8) se logra identificar como los niveles de autoestima del grupo experimental obtuvieron un aumento considerable en la mayoría de los casos, con excepción de un caso, el cual reporto mantenerse en el nivel de autoestima inicial.

**Figura 8.** Escala de autoestima de Rosenberg en el grupo experimental

INTERV. COG-CONDUCTUAL CÁNCER GINECOLÓGICO

1.5. Comparación test-retest de la variable Apoyo Social en el grupo experimental.

Los resultados reportados en la escala de apoyo social muestran un aumento en el puntaje en el test-retest, De acuerdo con la prueba de Wilcoxon estos resultados son significativos ($Z=-4.376$, $p<.001$) (Ver tabla 15). Con un efecto muy grande ($r_{tb} =1.000$) de acuerdo con la correlación biserial por rango de Kerby. A la par se puede identificar en la gráfica de apoyo social (ver figura 9) que los participantes lograron aumentar de manera individual sus niveles de percepción de apoyo social en alto grado.

TABLA 15. Descripción de la escala de apoyo social en el grupo experimental.

	Sujetos	Media	Mediana	DT	Rango	Mínimo	Máximo	Wilcoxon	Correlación biserial por rangos
Pretest	25	27.76	29.00	8.704	29.00	16.00	45.00	$Z= -4.376$	$r_{rb} = 1.000$
Postest	25	49.60	52.00	5.930	27.00	28.00	55.00	$p<.001^*$	

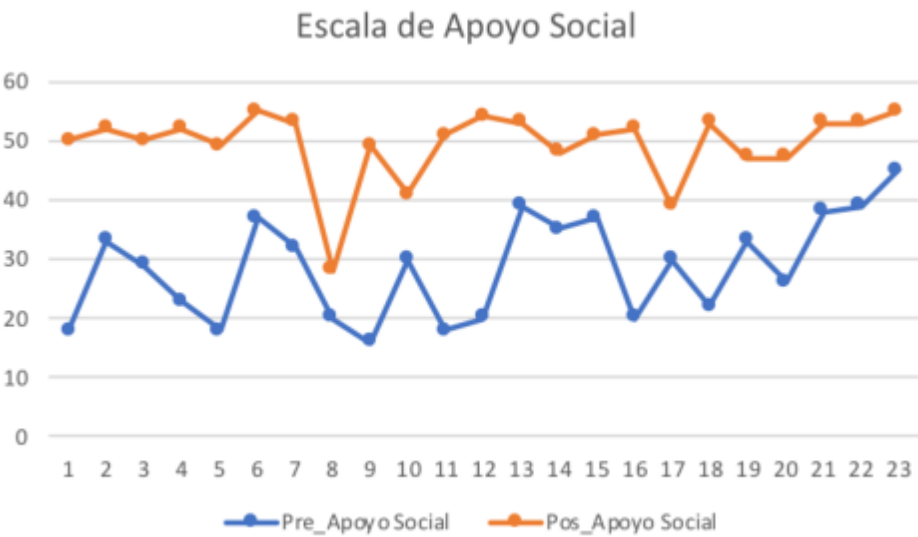


Figura 9. Escala de Apoyo Social en el Grupo Experimental

INTERV. COG-CONDUCTUAL CÁNCER GINECOLÓGICO

1.6. Comparación test-retest de la variable Calidad de Vida en el grupo experimental.

La escala de Calidad de Vida EORTC QLQC-30 presenta 3 grupos principales de resultados en el grupo experimental: 1) La escala de estado global de salud, 2) La escala funcional y 3) La escala de síntomas. Los resultados obtenidos en el estado global de salud muestran un aumento notorio en las medias iniciales ($X_{pre}=29.333$ y $X_{pos}= 79.000$), el cual al ser puesto a prueba con la prueba de rangos de Wilcoxon encontramos ($Z= -4.30$ y $p<.001$) diferencias estadísticas. Con un efecto muy grande ($r_b =1.000$) de acuerdo con la correlación biserial por rango de Kerby (ver tabla 16).

Tabla 16. Descripción del estado global de salud del instrumento de CALIDAD DE VIDA EORTC-QLQ-C30 en el grupo experimental.

	Sujetos	Media	Mediana	DT	Rango	Mínimo	Máximo	Wilcoxon	Correlación biserial por rangos
Pretest	25	29.33	33.33	9.95	41.67	.000	41.67	$Z= -4.310$	$r_{rb} = 1.000$
Posttest	25	79.00	83.33	14.25	58.33	41.67	100.00	$p<.001^*$	

El análisis individual en la subescala de estado global de salud permite demostrar el aumento notorio de cada sujeto (nota: la puntuación se muestra de 0 a 100%) (Ver Figura 10).

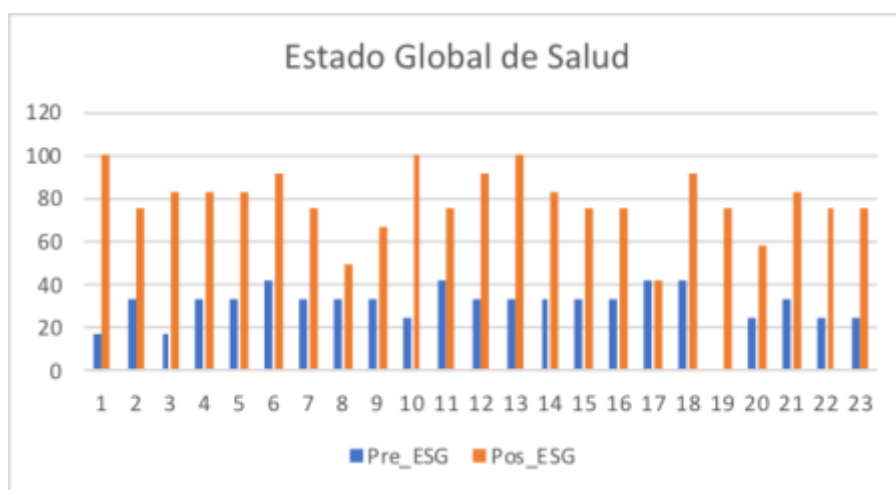


Figura 10. Subescala de Estado Global de Salud, EORTC QLQC30

INTERV. COG-CONDUCTUAL CÁNCER GINECOLÓGICO

Los puntajes obtenidos en las escalas funcionales del instrumento de calidad de vida EORTC QLQC30 mostraron resultados positivos, con excepción de la escala de funcionamiento cognitivo ($Z = -1.847$ y $p = .65$), la cual mostro una disminución en relación pretest-postest, con un efecto grande ($r_{rb} = .554$). Por otro lado, las demás escalas funcionales mostraron una mejora en el postest del grupo experimental de acuerdo a Wilcoxon y un efecto superior a grande en todas las escalas: funcionamiento físico ($Z = -2.481$, $p = .013$, $r_{rb} = .554$), actividades cotidianas ($Z = -3.566$, $p < .001$, $r_{rb} = .883$), funcionamiento emocional ($Z = -4.277$, $p < .001$, $r_{rb} = 0.987$) y funcionamiento social ($Z = -3.950$, $p < .001$, $r_{rb} = .908$) (Ver tabla 17).

Tabla 17. Descripción de las escalas funcionales del instrumento de CALIDAD DE VIDA EORTC QLQ-C30 en el grupo experimental.

Escala Funcional	Tiempo	Media	Mediana	DT	Rango	Mínimo	Máximo	Wilcoxon	Correlación biserial por rangos
Funcionamiento físico	Pre	78.13	80.00	13.679	60.00	40.00	100.00	$Z = -2.481$ $P = .013^*$	$r_{rb} = .554$
	Pos	85.87	86.67	15.070	73.33	26.67	100.00		
Actividades Cotidianas	Pre	70.00	66.67	18.634	83.33	16.67	100.00	$Z = -3.566$ $p < .001^*$	$r_{rb} = .883$
	Pos	91.33	100.00	13.710	33.33	66.67	100.00		
Funcionamiento Emocional	Pre	54.00	58.33	20.144	100.00	0.00	100.00	$Z = -4.277$ $p < .001^*$	$r_{rb} = .987$
	Pos	83.33	91.67	16.839	75.00	25.00	100.00		
Funcionamiento Cognitivo	Pre	84.67	100.00	28.431	100.00	0.00	100.00	$Z = -1.847$ $P = .65$	$r_{rb} = .554$
	Pos	75.33	83.33	33.720	100.00	0.00	100.00		
Funcionamiento Social	Pre	45.33	50.00	29.075	100.00	0.00	100.00	$Z = -3.950$ $p < .001^*$	$r_{rb} = .908$
	Pos	88.00	100.00	24.305	100.00	0.00	100.00		

INTERV. COG-CONDUCTUAL CÁNCER GINECOLÓGICO

En la figura 11 podemos observar diferencia entre las escalas funcionales de funcionamiento físico, emocional, social y actividades cotidianas. En lo relacionado al funcionamiento cognitivo identificamos una amplia disminución del funcionamiento cognitivo, en específico el participante 5, 11, 19, 20 y 25. En la escala de funcionamiento social rest-retest de la figura 11 se aprecia un impacto visual en el test-retest del resultado de la intervención en el grupo experimental, lo cual es sustentado por la prueba de rangos de Wilcoxon.



Figura 11. Escalas funcionales, EORTC QLQC30

INTERV. COG-CONDUCTUAL CÁNCER GINECOLÓGICO

Las escalas sintomáticas del Instrumento de calidad de vida EORTC QLQC30 presentan disminución de síntomas en el postest del grupo experimental de acuerdo con el test de rangos de wilcoxon, el cual evidencia diferencias significativas en las variables: Fatiga ($Z = -2.655$, $p = .008$, $r_{rb} = .586$), Dolor ($Z = -2.968$, $p = .003$, $r_{rb} = .744$), Insomnio ($Z = -3.528$, $p < .001$, $r_{rb} = .797$), pérdida de apetito ($Z = -3.112$, $p = .002$, $r_{rb} = .693$) y dificultades financieras ($Z = -3.038$, $p = .002$, $r_{rb} = .781$). En las variables constipación ($Z = -1.173$, $p = .241$, $r_{rb} = .310$) y diarrea ($Z = -1.557$, $p = .120$, $r_{rb} = .481$) se muestra una disminución no significativa de la presencia de estos síntomas de acuerdo con Wilcoxon y un tamaño del efecto medio. En la variable náuseas y vomito ($Z = -1.769$, $p = .077$, $r_{rb} = .489$) no se muestran diferencias significativas, además se dio un aumento de síntomas ($X_{pre} = 14.666$ y $X_{pos} = 30.666$) con un tamaño del efecto medio.

Tabla 18. Descripción de las escalas sintomáticas del instrumento de CALIDAD DE VIDA EORTC QLQ-C30 en el grupo experimental.

Escalas de síntomas	Tiempo	Media	Mediana	DT	Rango	Mínimo	Máximo	Wilcoxon	Correlación biserial por rangos
Fatiga	Pre	40.44	33.33	19.741	77.78	11.11	88.89	$Z = -2.655$ $P = .008^*$	$r_{rb} = .586$
	Pos	25.33	22.22	25.362	100.00	0	100.00		
Náuseas y Vomito	Pre	14.67	16.67	16.887	50.00	0	50.00	$Z = -1.769$ $P = .077$	$r_{rb} = .489$
	Pos	30.67	0.00	42.677	100.00	0	100.00		
Dolor	Pre	46.00	50.00	30.154	100.00	0	100.00	$Z = -2.968$ $P = .003$	$r_{rb} = .744$
	Pos	24.00	16.67	23.609	100.00	0	100.00		
Disnea	Pre	29.33	33.33	29.376	100.00	0	100.00	$Z = -2.296$ $P = .022$	$r_{rb} = .596$
	Pos	14.67	0.00	23.727	66.67	0	66.67		
Insomnio	Pre	58.67	66.67	36.362	100.00	0	100.00	$Z = -3.528$ $p < .001^*$	$r_{rb} = .797$
	Pos	16.00	0.00	21.773	66.67	0	66.67		
Pérdida de apetito	Pre	53.33	66.67	39.675	100.00	0	100.00	$Z = -3.112$ $P = .002$	$r_{rb} = .693$
	Pos	12.00	0.00	23.333	100.00	0	100.00		

INTERV. COG-CONDUCTUAL CÁNCER GINECOLÓGICO

Constipación	Pre	28.00	0.00	39.299	100.00	0	100.00	Z= - 1.173 P= .241	$r_{rb} = .310$
	Pos	16.00	0.00	29.059	100.00	0	100.00		
Diarrea	Pre	20.00	0.00	31.914	100.00	0	100.00	Z= -1.557 P= .120	$r_{rb} = .481$
	Pos	8.00	0.00	14.530	33.33	0	33.33		
Dificultades Financieras	Pre	48.00	33.33	39.768	100.00	0	100.00	Z= -3.038 P= .002	$r_{rb} = .781$
	Pos	18.67	0.00	32.030	100.00	0	100.00		

Las escalas sintomáticas de EORTC QLQC30 identifican la presencia de síntomas asociados con el cáncer. En el grupo experimental se identificó una alta incidencia en el pretest de la variable insomnio, dificultades financieras, pérdida de apetito y fatiga (Ver figura 12). En la mayoría de las escalas sintomáticas se observa la reducción de los síntomas en alta proporción, por el contrario, las náuseas y vomito parecen seguir un aumento a la par de la disminución de los demás síntomas (Ver figura 13).

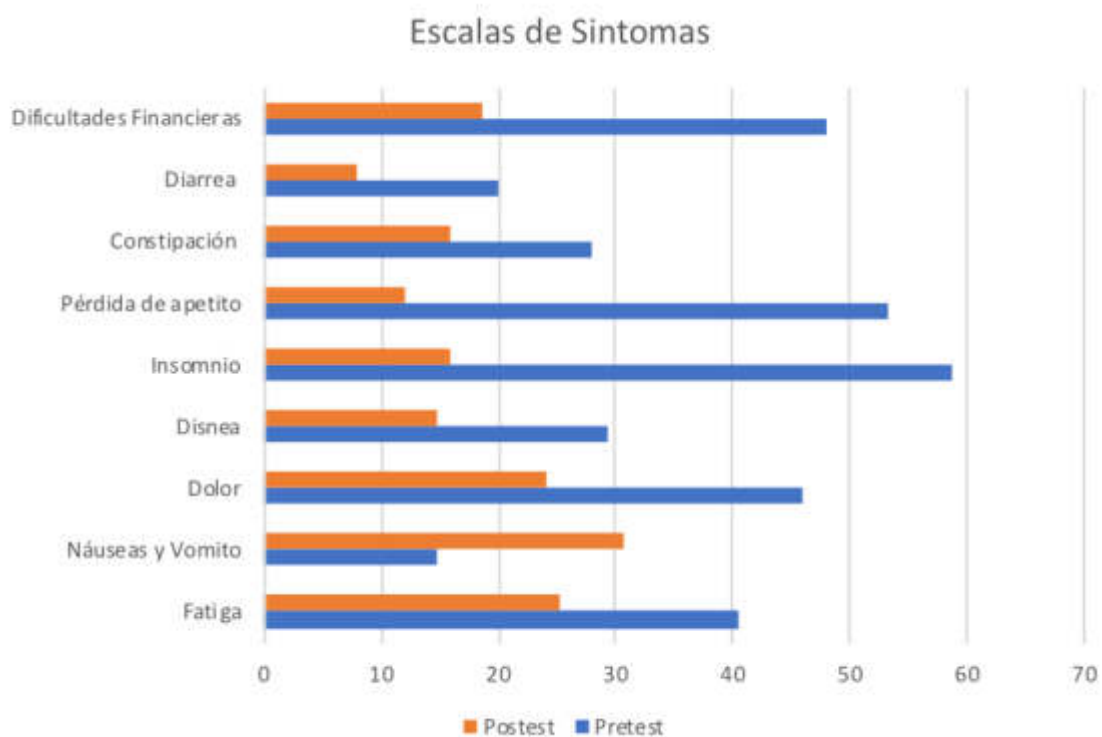


Figura 12. Escalas de Síntomas, EORTC QLQC30 grupo experimental.

INTERV. COG-CONDUCTUAL CÁNCER GINECOLÓGICO

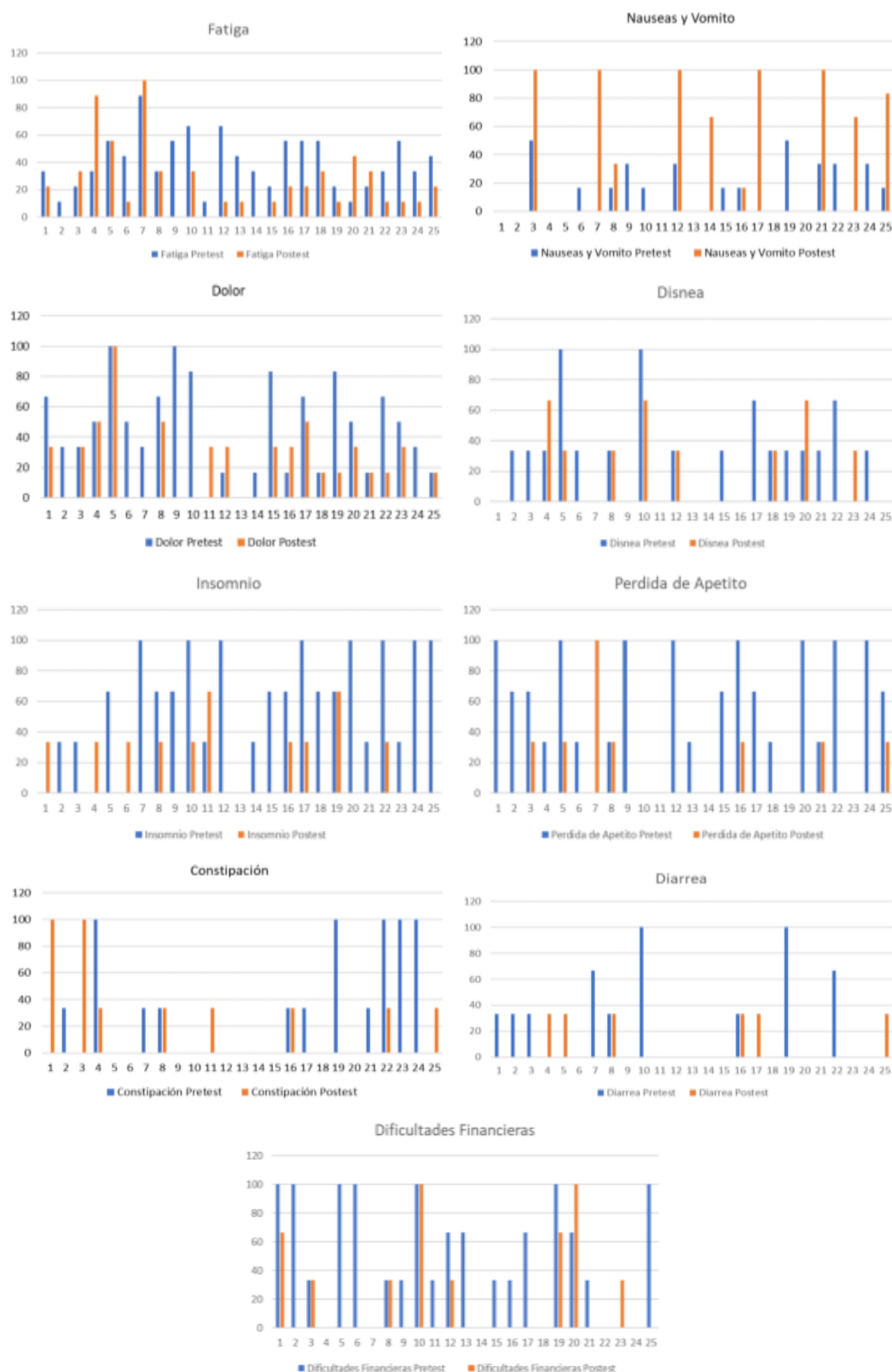


Figura 13. Escalas de síntomas EORTC QLQC30 por individual grupo experimental.

INTERV. COG-CONDUCTUAL CÁNCER GINECOLÓGICO

Objetivo 2. Evaluar y comparar los niveles de estrés, autoestima, apoyo social y calidad de vida antes y después del tratamiento en el grupo control.

2.1. Análisis de consistencia interna y normalidad de las variables estrés, autoestima, apoyo social y calidad de vida en el pretest del grupo control

El análisis de consistencia interna de Alfa de Cronbach en el grupo control pretest señala que las variables apoyo social ($\alpha = .929$) y función cognitiva ($\alpha = .908$) presentan un nivel unitario de confiabilidad. Las variables estrés ($\alpha = .865$), autoestima ($\alpha = .818$), estado global de salud ($\alpha = .81$), función física ($\alpha = .822$) y dolor ($\alpha = .810$) cuentan con un nivel alto de confiabilidad. Mientras que las variables actividades cotidianas ($\alpha = .766$), rol emocional ($\alpha = .715$) y fatiga ($\alpha = .772$) presentan un buen nivel. Por otro lado, la variable función social ($\alpha = .684$) cuenta con un nivel cuestionable y náuseas y vomito ($\alpha = .422$) con un nivel pobre (ver tabla 19).

Para la valoración de la normalidad se utilizó la prueba de Kolmogorov-Smirnov y Shapiro-Wilk. Encontrando con un nivel de confianza del 95% que la distribución de datos no se comporta de manera normal en ninguna de las variables, con excepción de la variable estrés ($p = .446$), autoestima ($p = .759$) y estado global de salud ($p = .067$).

INTERV. COG-CONDUCTUAL CÁNCER GINECOLÓGICO

Tabla 19. *Análisis de consistencia interna y normalidad de las variables estrés, autoestima, apoyo social y calidad de vida en el pretest del grupo control (25 mujeres).*

VARIABLE	MEDIA	DT	ITEMS	KOLMOGOROV-SMIRNOV			SHAPIRO-WILK		
				ALFA	Z	SIG	ESTADÍSTICO	GL	SIG
ESTRÉS	28.12	7.79	14	.865	.113	.200*	.962	25	.446
AUTOESTIMA	18.76	4.62	10	.818	.128	.200*	.975	25	.759
APOYO SOCIAL	26.44	9.35	11	.929	.203	.009	.907	25	.027
CALIDAD DE VIDA									
Estado Global de Salud	31.67	23.94	2	.811	.192	.018	.925	25	.067
Escalas Funcionales*									
Función Física	74.93	21.80	5	.822	.232	.001	.837	25	.001
Actividades cotidianas	70.67	20.57	2	.766	.263	.001	.825	25	.001
Rol Emocional	52.67	15.72	4	.715	.233	.001	.860	25	.003
Función Cognitiva	90.67	25.95	2	.908	.480	.001	.418	25	.001
Función Social	44.00	22.51	2	.684	.202	.010	.915	25	.039
Síntomas*									
Fatiga	40.00	32.55	3	.772	.188	.024	.887	25	.010
Dolor	45.33	37.74	2	.810	.145	.187	.879	25	.006
Náuseas y vomito	16.00	14.81	2	.422	.220	.003	.846	25	.001
Disnea	34.67	26.32	1	----	.280	.001	.847	25	.002
Insomnio	50.67	29.06	1	----	.229	.002	.882	25	.008
Anorexia	64.00	37.17	1	----	.234	.001	.821	25	.001
Estreñimiento	29.33	36.41	1	----	.270	.001	.746	25	.001
Diarrea	22.67	35.64	1	----	.378	.001	.670	25	.001
Impacto Económico	42.67	40.28	1	----	.215	.004	.823	25	.001

Nota. Las medias de la escala de calidad de vida (EORT qlq-c30) están transformadas en porcentaje tal como lo señala el manual.

INTERV. COG-CONDUCTUAL CÁNCER GINECOLÓGICO

2.2. Análisis de consistencia interna y normalidad de las variables estrés, autoestima, apoyo social y calidad de vida en el posttest del grupo control

El análisis de consistencia interna de Alfa de Cronbach en el grupo control posttest señala que la variable apoyo social ($\alpha = .920$) presentan un nivel unitario de confiabilidad. Las variables estrés ($\alpha = .812$), autoestima ($\alpha = .808$) y función cognitiva ($\alpha = .862$) cuentan con un nivel alto de confiabilidad. Mientras que las variables estado global de salud ($\alpha = .754$), función física ($\alpha = .720$), actividades cotidianas ($\alpha = .745$) y dolor ($\alpha = .772$) un buen nivel. La variable rol emocional ($\alpha = .664$) presenta un nivel moderado. Por otro lado, las variables náuseas ($\alpha = .051$) y fatiga ($\alpha = .598$) presentan niveles pobres y la variable función social ($\alpha = .303$) presenta un nivel inaceptable (ver tabla 20).

Para la valoración de la normalidad se utilizó la prueba de Kolmogorov-Smirnov y Shapiro-Wilk. Encontrando con un nivel de confianza del 95% que la distribución de datos no se comporta de manera normal en ninguna de las variables, con excepción de la variable estrés ($p = .187$), apoyo social ($p = .149$), rol emocional ($p = .553$), función social ($p = .265$), fatiga ($p = .400$) y náuseas y vomito ($p = .052$).

INTERV. COG-CONDUCTUAL CÁNCER GINECOLÓGICO

Tabla 20. *Análisis de consistencia interna y normalidad de las variables estrés, autoestima, apoyo social y calidad de vida en el posttest del grupo control (25 mujeres).*

VARIABLE	MEDIA	DT	ITEMS	KOLMOGOROV-SMIRNOV			SHAPIRO-WILK		
				ALFA	Z	SIG	ESTADÍSTICO	GL	SIG
ESTRÉS	27.72	8.97	14	.812	.102	.200*	.944	25	.187
AUTOESTIMA	16.92	4.16	10	.808	.227	.002	.845	25	.001
APOYO SOCIAL	30.76	9.47	11	.920	.174	.048	.940	25	.149
CALIDAD DE VIDA									
Estado Global de Salud	52.67	15.54	2	.754	.288	.001	.875	25	.005
Escalas Funcionales*									
Función Física	71.73	19.56	5	.720	.238	.001	.790	25	.001
Actividades cotidianas	68.00	25.42	2	.745	.327	.001	.820	25	.001
Rol Emocional	53.00	20.11	4	.664	.161	.095	.966	25	.553
Función Cognitiva	75.33	33.03	2	.862	.316	.001	.725	25	.001
Función Social	54.00	28.17	2	.303	.154	.132	.951	25	.265
Síntomas*									
Fatiga	50.22	26.67	3	.598	.171	.057	.959	25	.400
Dolor	52.00	34.47	2	.772	.157	.114	.906	25	.025
Náuseas y vomito	50.67	25.68	2	-.051	.230	.001	.920	25	.052
Disnea	33.33	34.69	1	----	.272	.001	.815	25	.001
Insomnio	48.00	32.03	1	----	.236	.001	.882	25	.008
Anorexia	41.33	33.72	1	----	.194	.016	.873	25	.005
Estreñimiento	36.00	35.90	1	----	.242	.001	.834	25	.001
Diarrea	21.33	23.33	1	----	.300	.001	.767	25	.001
Impacto Económico	33.33	34.69	1	----	.232	.001	.825	25	.001

Nota. Las medias de la escala de calidad de vida (EORT qlq-c30) están transformadas en porcentaje tal como lo señala el manual.

INTERV. COG-CONDUCTUAL CÁNCER GINECOLÓGICO

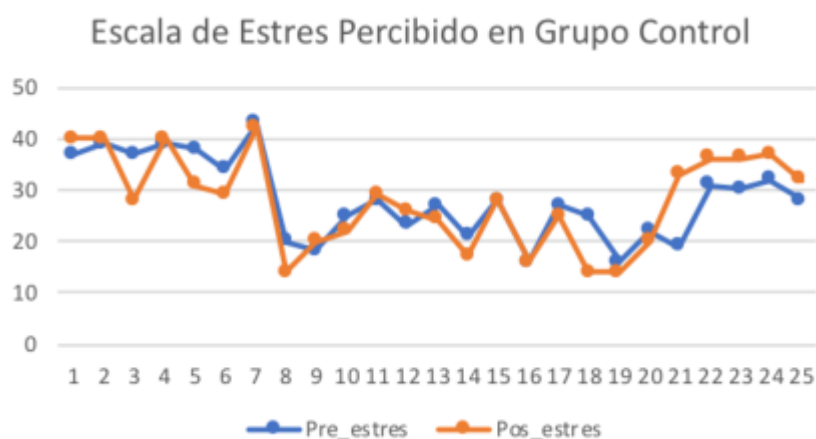
2.3. Comparación test-retest de la variable estrés en el grupo control.

En el test-postest de la variable estrés del grupo control se observa una disminución de puntaje, sin embargo, no se encontraron diferencias significativas ($Z = -.488$ y $p = .626$) de acuerdo con la prueba de rangos de Wilcoxon, y se presentó un tamaño del efecto pequeño ($r_{rb} = .113$) de acuerdo con la correlación biserial por rango de Kerby. Se observa que las medias ($X_{pre}=28.120$ y $X_{pos}= 27.720$) mantuvieron puntajes similares en el periodo de tiempo valorado (ver tabla 21).

Tabla 21. Descripción de la escala de estrés percibido en el grupo control

	Sujetos	Media	Mediana	DT	Rango	Mínimo	Máximo	Wilcoxon	Correlación biserial por rangos
Pretest	25	28.12	28.00	7.790	27.00	16.00	28.120	$Z = -.488$	$r_{rb} = .113$
Postest	25	27.72	28.00	8.974	28.00	14.00	27.720	$P = .626$	

En la figura 14 se muestra las diferencias en la prueba-retest de la variable estrés, a simple vista se observa que no existió variabilidad en los niveles de estrés reportado.

**Figura 14.** Escala de estrés percibido en el grupo control

INTERV. COG-CONDUCTUAL CÁNCER GINECOLÓGICO

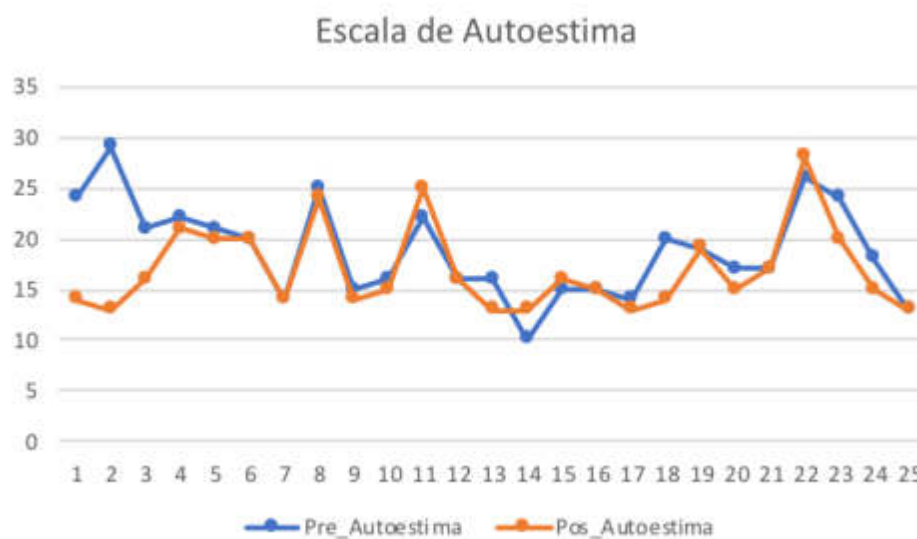
2.4. Comparación test-retest de la variable autoestima en el grupo control.

Los resultados en la escala de autoestima en el grupo control nos muestran una disminución en el nivel de autoestima reportada. De acuerdo con la prueba de Wilcoxon esta diferencia es estadísticamente significativa ($Z = -2.195$ y $p = .028$) y presenta un efecto grande ($r_{rb} = .532$) de acuerdo con la correlación biserial por rango de Kerby.

Tabla 22. Descripción de la escala de AUTOESTIMA en el grupo control

	Sujetos	Media	Mediana	DT	Rango	Mínimo	Máximo	Wilcoxon	Correlación biserial por rangos
Pretest	25	18.76	18.00	4.621	19.00	10.00	29.00	$Z = -2.195$	$r_{rb} = .532$
Posttest	25	16.92	15.00	4.162	15.00	13.00	28.00	$P = .028^*$	

En la siguiente grafica (Figura 15) observamos que existió un aumento de la autoestima en la mayoría de los individuos, sin embargo, tal como se observa en la gráfica las diferencias individuales del puntaje de autoestima se presentan en distinta proporción.

**Figura 15.** Escala de Autoestima de Rosenberg en el grupo control

INTERV. COG-CONDUCTUAL CÁNCER GINECOLÓGICO

2.5. Comparación test-retest de la variable Apoyo Social en el grupo control.

En el grupo control la variable apoyo social presento diferencias significativas ($Z = -2.088$, $P = .037$) y un efecto mediano ($r_{rb} = .446$) de acuerdo con la correlación biserial por rango de Kerby. Estas diferencias mostraron un aumento de la percepción del apoyo social ($X_{pre} = 26.44$ a $X_{pos} = 30.760$).

Tabla 23. Descripción de la escala de APOYO SOCIAL en el grupo control.

	Sujetos	Media	Mediana	DT	Rango	Mínimo	Máximo	Wilcoxon	Correlación biserial por rangos
Pretest	25	26.44	23.00	9.354	29.00	14.00	43.00	$Z = -2.088$	$r_{rb} = .446$
Posttest	25	30.76	27.00	9.470	33.00	16.00	49.00	$P = .037$	

En la figura 16 se observan las diferencias en la percepción del apoyo social de cada individuo del grupo control. A pesar existir una diferencia significativa grupal, se puede observar que 7 de los individuos valorados presentan una disminución esta variable y 6 de ellos no muestran un cambio elevado.

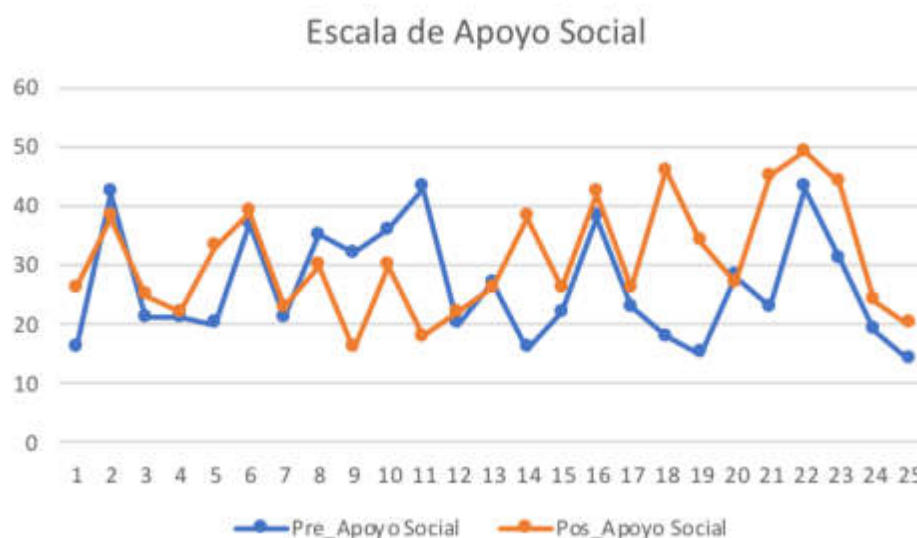


Figura 16. Escala de apoyo social funcional de DUKE-UNC

INTERV. COG-CONDUCTUAL CÁNCER GINECOLÓGICO

2.6. Comparación test-retest de la variable Calidad de Vida en el grupo control.

La escala de Calidad de Vida EORTC QLQC-30 presenta 3 grupos principales de resultados en el grupo control: 1) La escala de estado global de salud, 2) La escala funcional y 3) La escala de síntomas.

En el grupo control encontramos que la escala de estado global de salud reporta un aumento de la calidad de vida en relación con el test-retest ($X_{pre}= 31.666$ y $X_{pos}= 52.666$), en el análisis con la prueba de rangos de Wilcoxon encontramos que existe significancia estadística ($Z= -3.790$ y $p<.001$) y un efecto muy grande ($r_{rb} = .850$) de acuerdo con la correlación biserial por rango de Kerby (Ver tabla 24).

Tabla 24. Descripción del estado global de salud del instrumento de CALIDAD DE VIDA EORTC-QLQ-C30 en el grupo control.

	Sujetos	Media	Mediana	DT	Rango	Mínimo	Máximo	Wilcoxon	Correlación biserial por rangos
Pretest	25	31.66	33.33	23.935	100.00	.000	31.6667	$Z= -3.790$	$r_{rb} = 0.850$
Posttest	25	52.66	50.00	15.538	58.33	25.00	52.6667	$p<.001^*$	

En la Figura 17 se observa claramente el aumento de los puntajes de calidad de vida en el test-retest en la mayoría de los individuos del grupo control, con excepción de 3 con niveles menores en el posttest y 7 con diferencias levemente observadas en la gráfica.

INTERV. COG-CONDUCTUAL CÁNCER GINECOLÓGICO

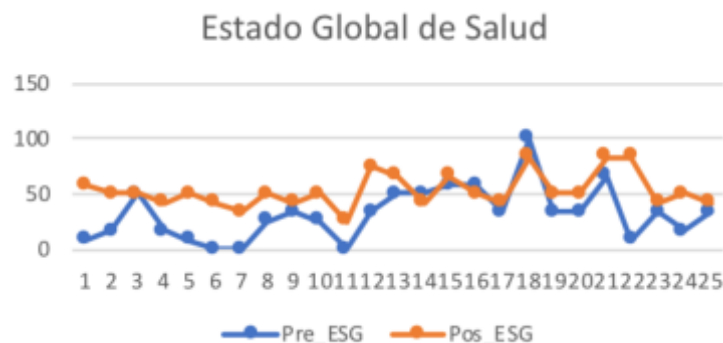


Figura 17. Escala de Estado Global de Salud, EORTC QLQC30

La tabla 25 presenta los resultados de las escalas funcionales, encontrando una disminución en el funcionamiento cognitivo del grupo control de acuerdo con las medias reportadas del test-retest ($X_{pre} = 90.666$ y $X_{pos} = 75.333$). Esta disminución resulta significativa ($Z = -3.401$ y $p = .001$) de acuerdo con la prueba de rangos de Wilcoxon y presenta un efecto muy grande ($r_{rb} = 1.000$) de acuerdo con la correlación biserial por rango de Kerby. En la escala de funcionamiento físico ($Z = -1.626$, $p = .104$, $r_{rb} = .345$) y actividades cotidianas ($Z = -.607$, $p = .544$, $r_{rb} = .152$) se identifica una disminución de los valores promedio del grupo control, la cual no resulta significativa, además de mostrar un efecto pequeño de acuerdo con la correlación biserial por rango de Kerby.

Por otro lado, la variable de funcionamiento emocional ($Z = -.082$, $p = .935$, $r_{rb} = .027$) y funcionamiento social ($Z = -1.343$, $p = .179$, $r_{rb} = .312$) reportan un aumento en el promedio reportado, el cual no resulta significativo de acuerdo con Wilcoxon y su efecto resulta entre pequeño y sin importancia de acuerdo a Kerby.

INTERV. COG-CONDUCTUAL CÁNCER GINECOLÓGICO

Tabla 25. Descripción de las escalas funcionales del instrumento de CALIDAD DE VIDA EORTC QLQ-C30 en el grupo control.

Subdimensión Funcional	Tiempo	Media	Mediana	DT	Rango	Mínimo	Máximo	Wilcoxon	Correlación biserial por rangos
Funcionamiento físico	Pre	74.93	80.00	21.797	86.67	13.33	100.00	Z= -1.626 P= .104	$r_{rb} = .345$
	Pos	71.73	73.33	19.558	86.67	6.67	93.33		
Actividades Cotidianas	Pre	70.67	66.67	20.571	100.00	0	100.00	Z= -.607 P= .544	$r_{rb} = .152$
	Pos	68.00	83.33	25.422	100.00	0	100.00		
Funcionamiento Emocional	Pre	52.67	50.00	15.723	83.33	0	83.33	Z= -.082 P= .935	$r_{rb} = .027$
	Pos	53.00	58.33	20.110	91.67	8.33	100.00		
Funcionamiento Cognitivo	Pre	90.67	100.00	25.945	100.00	0	100.00	Z= -3.401 P= .001*	$r_{rb} = 1.000$
	Pos	75.33	83.33	33.026	100.00	0	100.00		
Funcionamiento Social	Pre	44.00	33.33	22.505	100.00	0	100.00	Z= -1.343 P= .179	$r_{rb} = .312$
	Pos	54.00	50.00	28.169	100.00	0	100.00		

En la figura 18 se puede observar en una escala del 0-100% los promedios obtenidos por parte del grupo control. La diferencia de los promedios observados no presenta un cambio claro en el test-retest con excepción de la variable funcionamiento cognitivo.

INTERV. COG-CONDUCTUAL CÁNCER GINECOLÓGICO

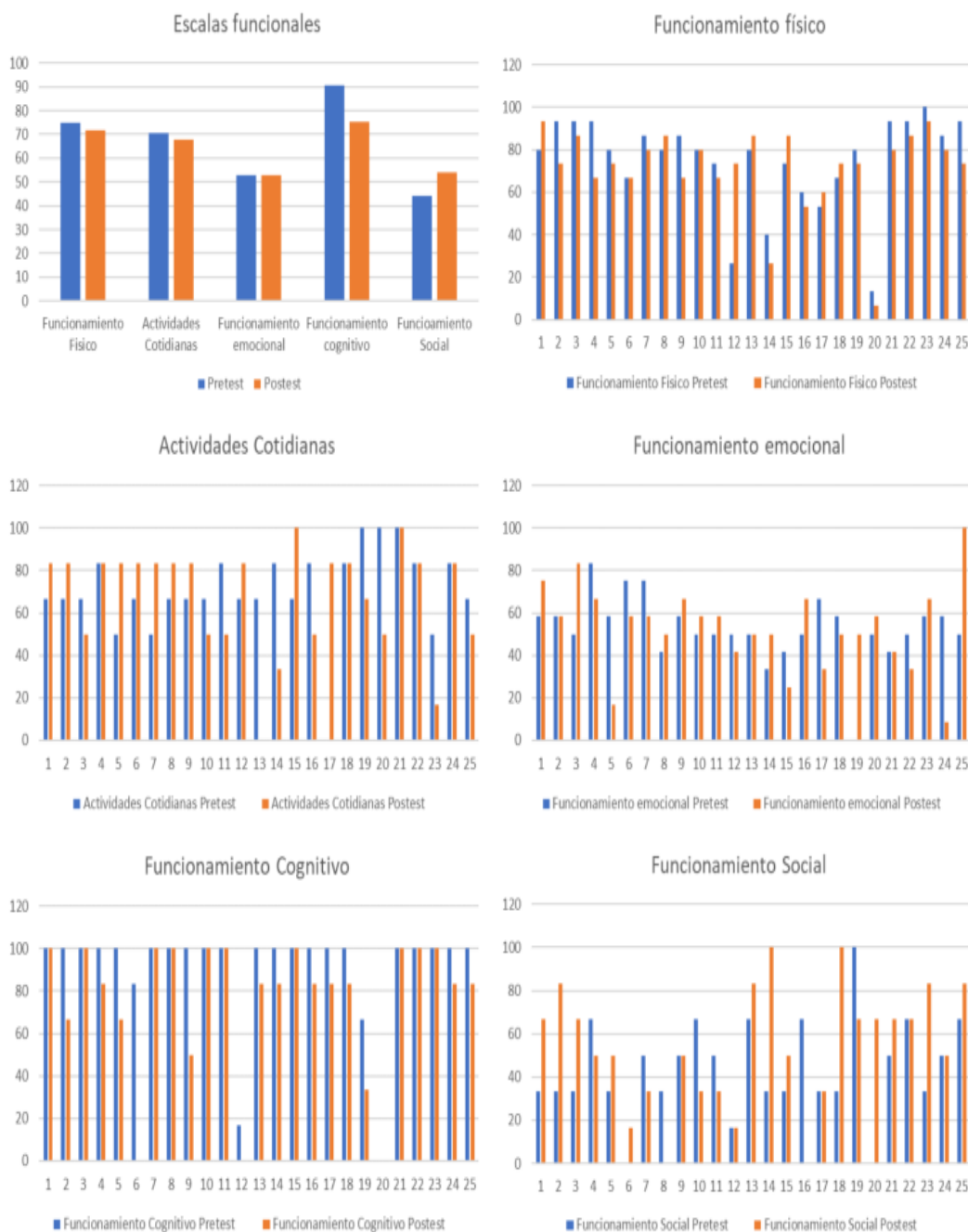


Figura 18. Escalas Funcionales, EORTC QLQC30

La tabla 26 presenta un aumento de síntomas a nivel significativo en las escalas de fatiga ($Z = -2.104$ y $p = .035$) y náuseas y vomito ($Z = -4.209$ y $p < .001$) de acuerdo con la prueba de rangos de Wilcoxon, con un efecto mediano en la escala fatiga ($r_{rb} = .497$) y muy grande en la

INTERV. COG-CONDUCTUAL CÁNCER GINECOLÓGICO

escala de náuseas y vomito ($r_{rb} = .950$). A diferencia de las escalas de dolor ($Z = -.888$, $p = .375$, $r_{rb} = .222$) y constipación ($Z = -.957$, $p = .339$, $r_{rb} = .200$) que no presentan diferencias significativas y muestran un efecto pequeño de acuerdo con la correlación biserial por rango de Kerby.

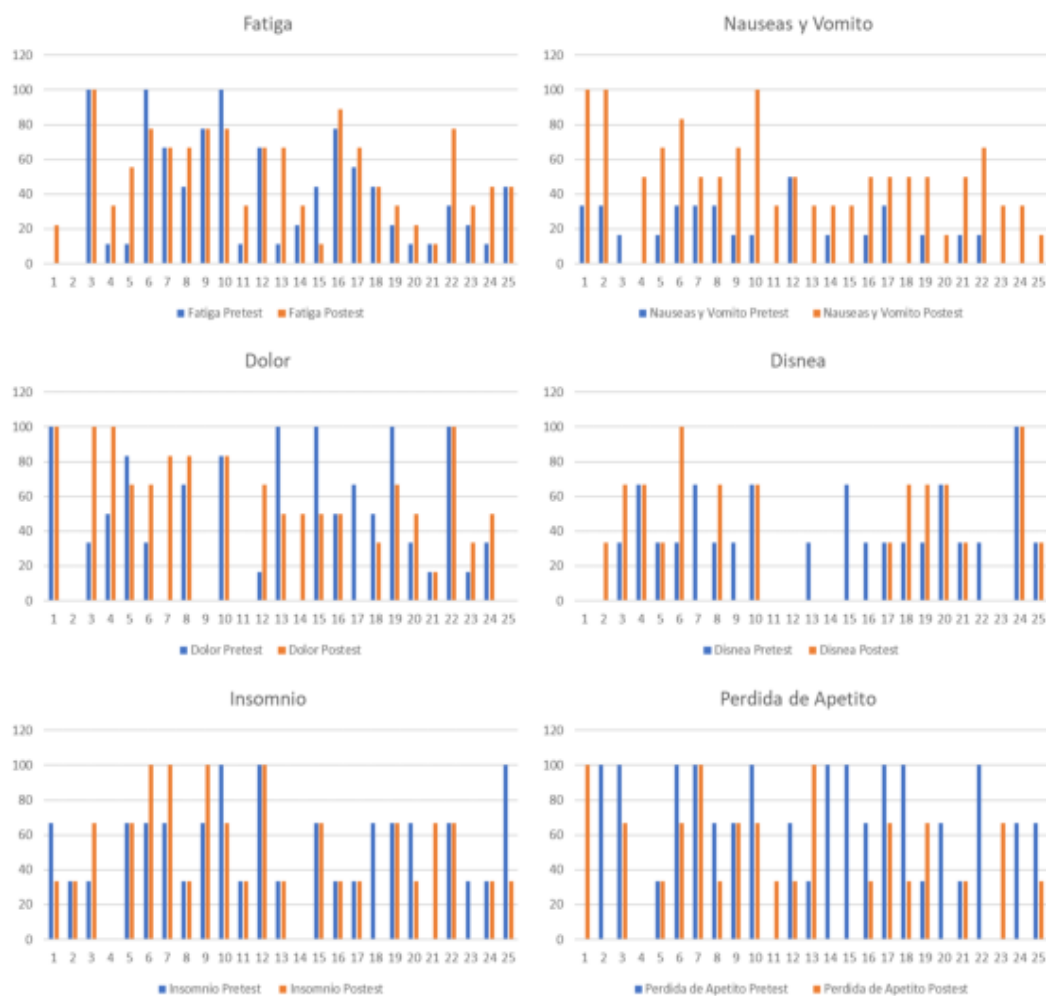
La presencia de los síntomas en las escalas de disnea ($Z = -.247$, $p = .805$, $r_{rb} = .077$), insomnio ($Z = -.465$, $p = .642$, $r_{rb} = .138$), pérdida de apetito ($Z = -1.901$, $p = .057$, $r_{rb} = .429$), diarrea ($Z = -.139$, $p = .889$, $r_{rb} = .090$) y dificultades financieras ($Z = -1.380$, $p = .168$, $r_{rb} = .492$) se presentan disminuidos de manera no significativamente, mostrando un efecto sin importancia en las escalas disnea, insomnio y diarrea, mientras que la escala dificultades financieras y pérdida de apetito presenta un efecto mediano de acuerdo con la correlación biserial por rango de Kerby.

INTERV. COG-CONDUCTUAL CÁNCER GINECOLÓGICO

Tabla 26. Descripción de las escalas sintomáticas del instrumento de CALIDAD DE VIDA EORTC QLQ-C30 en el grupo control.

Escalas de síntomas	Tiempo	Media	Mediana	DT	Rango	Mínimo	Máximo	Wilcoxon	Correlación biserial por rangos
Fatiga	Pre	40.00	33.33	32.553	100.00	0	100.00	Z= -2.104 P= .035*	$r_{rb} = .497$
	Pos	50.22	44.44	26.667	100.00	0	100.00		
Náuseas y Vomito	Pre	16.00	16.67	14.814	50.00	0	50.00	Z= - 4.209 p<.001*	$r_{rb} = .950$
	Pos	50.67	50.00	25.676	100.00	0	100.00		
Dolor	Pre	45.33	33.33	37.737	100.00	0	100.00	Z= -.888 P= .375	$r_{rb} = .222$
	Pos	52.00	50.00	34.467	100.00	0	100.00		
Disnea	Pre	34.67	33.33	26.317	100.00	0	100.00	Z= -.247 P= .805	$r_{rb} = .077$
	Pos	33.33	33.33	34.694	100.00	0	100.00		
Insomnio	Pre	50.67	66.67	29.059	100.00	0	100.00	Z= -.465 P= .642	$r_{rb} = .138$
	Pos	48.00	33.33	32.030	100.00	0	100.00		
Pérdida de apetito	Pre	64.00	66.67	37.168	100.00	0	100.00	Z= - 1.901 P= .057	$r_{rb} = .429$
	Pos	41.33	33.33	33.720	100.00	0	100.00		
Constipación	Pre	29.33	33.33	36.413	100.00	0	100.00	Z= -.957 P= .339	$r_{rb} = .200$
	Pos	36.00	33.33	35.901	100.00	0	100.00		
Diarrea	Pre	22.67	0.00	35.642	100.00	0	100.00	Z= -.139 P= .889	$r_{rb} = .090$
	Pos	21.33	33.33	23.333	66.67	0	66.67		
Dificultades Financieras	Pre	42.67	33.33	40.277	100.00	0	100.00	Z= -1.380 P= .168	$r_{rb} = .492$
	Pos	33.33	33.33	34.694	100.00	0	100.00		

INTERV. COG-CONDUCTUAL CÁNCER GINECOLÓGICO



INTERV. COG-CONDUCTUAL CÁNCER GINECOLÓGICO

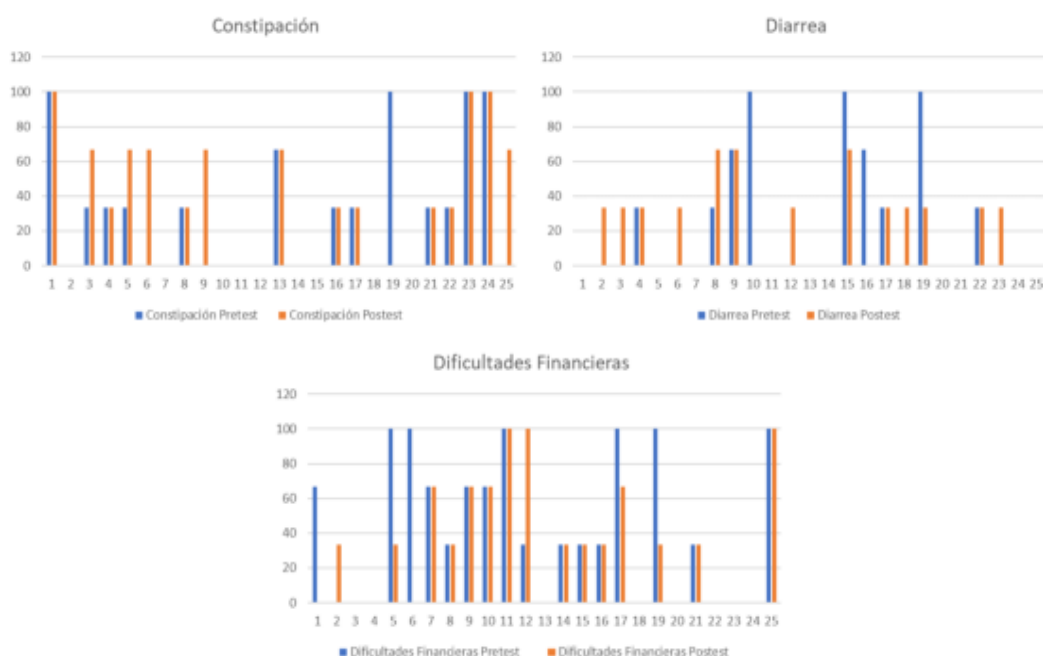


Figura 19. Escalas de síntomas EORTC QLQC30 por individual grupo control.

Objetivo 3. Comparar los niveles de estrés, autoestima, apoyo social y calidad antes del tratamiento entre el grupo control y experimental.

3.1. Análisis Diferencial entre pretest en el grupo control y grupo experimental mediante el estadístico U de Mann Whitney y tamaño del efecto.

Para el análisis diferencial entre el grupo experimental y grupo control en el pretest se ha utilizado el estadístico no paramétrico U de Mann Whitney para muestras independientes y el tamaño del efecto mediante el estadístico “r” de Rosenthal (Ver tabla 27).

De acuerdo con el análisis diferencial en el grupo experimental y grupo control en el pretest se identificó que el grupo experimental presenta levemente un mayor nivel promedio de estrés ($X_{Gp1} = 31.520$, $X_{Gp2} = 28.120$), autoestima ($X_{Gp1} = 20.120$, $X_{Gp2} = 18.760$) y apoyo social ($X_{Gp1} = 27.760$, $X_{Gp2} = 26.440$) en comparación con el grupo control. Al realizar el

INTERV. COG-CONDUCTUAL CÁNCER GINECOLÓGICO

análisis con la prueba de contraste U de Mann Whitney para muestras independientes se concreta que no existen diferencias significativas en la variable estrés ($Z = -1.730$, $p = .084$), autoestima ($Z = -1.022$, $p = .307$) y apoyo social ($Z = -.476$, $p = .634$) en el pretest. En relación con el tamaño del efecto en el pretest la variable estrés ($r = -.245$) y autoestima ($r = -.145$) presentan un efecto pequeño, mientras que el apoyo social ($r = -.067$) un efecto trivial.

La escala de calidad de vida EORTC QLQC30 refiere un mayor índice de calidad de vida en su subescala de estado global de salud en el grupo control ($XGp2 = 31.666$) que en el grupo experimental ($XGp1 = 29.333$), sin embargo, no resulta ser significativo ($Z = -.100$, $p = .920$) de acuerdo con la prueba U de Mann Whitney. A demás de esto presenta un tamaño del efecto trivial ($r = -.014$).

En relación con las escalas funcionales del cuestionario de calidad de vida EORTC QLQC30 en el grupo experimental y el grupo control se presentan mayores niveles promedios en de funcionamiento físico ($XGp1 = 78.133$, $XGp2 = 74.933$), rol emocional ($XGp1 = 54.000$, $XGp2 = 52.666$) y función social ($XGp1 = 45.333$, $XGp2 = 44.000$) en el grupo experimental, mientras que el grupo control presenta mayores promedios en las escalas actividades cotidianas ($XGp1 = 70.000$, $XGp2 = 70.666$) y función cognitiva ($XGp1 = 84.666$, $XGp2 = 90.666$). De acuerdo con el estadístico U de Mann Whitney no se presentaron niveles significativos en ninguna de las variables de las escalas funcionales. En relación con el tamaño del efecto solo se muestra un efecto pequeño en la variable función cognitiva ($r = -.238$) mientras en las demás escalas funcionales efectos triviales de acuerdo con el estadístico “r” de Rosenthal (Ver tabla 27).

INTERV. COG-CONDUCTUAL CÁNCER GINECOLÓGICO

Las escalas sintomáticas EORTC QLQC30 presentan mayor presencia de fatiga (XGp1=40.444, XGp2= 40.000), dolor (XGp1= 46.000, XGp2= 45.333), insomnio (XGp1= 58.666, XGp2= 50.666) e impacto económico (XGp1= 48.000, XGp2= 42.666) en el grupo experimental. Mientras que en el grupo control existe mayor presencia de las escalas sintomáticas de náuseas y vomito (XGp1= 14.666, XGp2=16.000), disnea (XGp1= 29.333, XGp2= 34.666), anorexia (XGp1= 53.333, XGp2= 64.000), estreñimiento (XGp1= 28.000, XGp2= 29.333) y diarrea (XGp1= 20.000, XGp2= 22.666). En ninguna de las escalas sintomáticas existen diferencias significativas de acuerdo con el estadístico U de Mann Whintey. En relación con el tamaño del efecto se muestran efectos pequeños en las escalas disnea ($r = -.130$), insomnio ($r = -.130$) y anorexia ($r = -.134$), mientras que en las escalas fatiga ($r = -.086$), dolor ($r = -.029$), náuseas y vomito ($r = -.068$), estreñimiento ($r = -.053$), diarrea ($r = -.018$) e impacto económico ($r = -.071$) se muestran efectos triviales de acuerdo al estadístico “r” de Rosenthal.

Tabla 27. *Análisis Diferencial Pretest de grupo experimental y grupo control mediante la prueba de Rangos U de Mann-Whitney.*

	Grupo 1 experimental		Grupo 2 Control		U de Mann Whitney		r de Rosenthal
VARIABLE	Media	DT	Media	DT	Z	P	r
ESTRÉS	31.52	6.526	28.12	7.791	-1.730	.084	-.245
AUTOESTIMA	20.12	4.622	18.76	4.621	-1.022	.307	-.145
APOYO SOCIAL	27.76	8.705	26.44	9.355	- .476	.634	-.067
CALIDAD DE VIDA (EORTC QLQC30)							
Estado Global de Salud	29.33	9.9536	31.67	23.9357	- .100	.920	-.014

*Escalas Funcionales

INTERV. COG-CONDUCTUAL CÁNCER GINECOLÓGICO

Función Física	78.13	13.679	74.93	21.797	- .059	.953	-.008
Actividades cotidianas	70.00	18.634	70.67	20.571	- .449	.653	-.063
Rol Emocional	54.00	20.144	52.67	15.723	- .327	.744	-.046
Función Cognitiva	84.67	28.431	90.67	25.945	-1.683	.092	-.238
Función Social	45.33	29.075	44.00	22.505	- .386	.699	-.055
*Escala de Síntomas							
Fatiga	40.44	19.741	40.00	32.553	- .607	.544	-.086
Dolor	46.00	30.154	45.33	37.737	- .206	.837	-.029
Náuseas y vomito	14.67	16.887	16.00	14.814	- .484	.629	-.068
Disnea	29.33	29.376	34.67	26.317	- .918	.359	-.130
Insomnio	58.67	36.362	50.67	29.059	- .920	.358	-.130
Anorexia	53.33	39.675	64.00	37.168	- .949	.343	-.134
Estreñimiento	28.00	39.299	29.33	36.413	- .372	.710	-.053
Diarrea	20.00	31.914	22.67	35.642	- .125	.901	-.018
Impacto Económico	48.00	39.768	42.67	40.277	- .503	.615	-.071

Nota. * Subdimensiones de la escala de calidad de vida (EORT qlq-c30). Tamaño del efecto = r de Rosenthal. (interpretación desde los puntos sugeridos por Cohen (1988)).

INTERV. COG-CONDUCTUAL CÁNCER GINECOLÓGICO

Objetivo 4. Comparar los niveles de estrés, autoestima, apoyo social y calidad después del tratamiento entre el grupo control y experimental.

4.1. Análisis Diferencial posttest en el grupo control y grupo experimental mediante el estadístico U de Mann Whitney y tamaño del efecto.

En el análisis diferencias entre el grupo experimental y grupo control en el posttest se ha utilizado el estadístico no paramétrico **U de Mann Whitney** para muestras independientes y el tamaño del efecto mediante el estadístico “r” de Rosenthal (**Ver tabla 28**).

El análisis diferencial posttest señala menor nivel de estrés ($X_{Gp1}= 19.640$, $X_{Gp2}= 27.720$), mayor nivel de autoestima ($X_{Gp1}= 35.320$, $X_{Gp2}= 16.920$) y apoyo social ($X_{Gp1}= 49.600$, $X_{Gp2}= 30.760$) en el grupo experimental que en el grupo control. El estadístico U de Mann Whitney refiere que la variable estrés ($Z= -2.927$, $p= .003$), autoestima ($Z= -5.982$, $p<.001$) y apoyo social ($Z= -5.558$, $p<.001$) presentan diferencias significativas a favor del grupo experimental. En relación con el tamaño del efecto se muestra un efecto mediano en la variable estrés ($r = - .414$), un efecto grande en apoyo social ($r = - .786$) y un efecto muy grande en autoestima ($r = - .846$). Por lo tanto, la intervención aplicada en el grupo experimental presenta resultados estadísticos que afirman la eficacia en el tratamiento de las variables estudiadas.

Las escalas funcionales del instrumento de calidad de vida EORTC QLQC30 presentan mayor nivel de funcionamiento en el posttest del grupo experimental en la variable función física ($X_{Gp1}= 85.866$, $X_{Gp2}=71.733$), actividades cotidianas ($X_{Gp1}= 91.333$, $X_{Gp2}=68.000$), rol emocional ($X_{Gp1}= 83.333$, $X_{Gp2}= 53.000$), función cognitiva ($X_{Gp1}=75.333$, $X_{Gp2}=75.333$) y función social ($X_{Gp1}=88.000$, $X_{Gp2}= 54.000$). De acuerdo con el estadístico U de Mann Whitney

INTERV. COG-CONDUCTUAL CÁNCER GINECOLÓGICO

para grupos independientes la variable función física ($Z = -3.524$, $p < .001$) actividades cotidianas ($Z = -3.917$, $p < .001$), rol emocional ($Z = -4.709$, $p < .001$) y función social ($Z = -4.384$, $p < .001$) resultan significativos a un nivel de $p \leq .05$. Sin embargo, la variable funcionamiento cognitivo ($Z = -.0349$, $p = .727$) no cumple con los criterios de significancia estadística a un nivel de $p \leq .05$.

El tamaño del efecto de acuerdo con el estadístico “r” de Rosenthal señala la existencia de un efecto mediano en la escala función física ($r = -.498$) y función cognitiva ($r = -.049$). Mientras que en las escalas actividades cotidianas ($r = -.554$), rol emocional ($r = -.666$) y función social ($r = -.620$) se muestra un efecto grande. Con base a estos resultados concluimos que la intervención aplicada en el grupo experimental resulta eficaz en las variables que miden las escalas funcionales del EORTC QLQC30, con excepción de la variable funcionamiento cognitivo.

Las escalas sintomáticas EORTC QLQC30 de fatiga ($X_{Gp1} = 25.333$, $X_{Gp2} = 50.222$), dolor ($X_{Gp1} = 24.000$, $X_{Gp2} = 52.000$), náuseas y vomito ($X_{Gp1} = 30.666$, $X_{Gp2} = 50.666$), disnea ($X_{Gp1} = 14.666$, $X_{Gp2} = 33.333$), insomnio ($X_{Gp1} = 16.000$, $X_{Gp2} = 48.000$), anorexia ($X_{Gp1} = 12.000$, $X_{Gp2} = 41.333$), constipación ($X_{Gp1} = 16.000$, $X_{Gp2} = 36.000$), diarrea ($X_{Gp1} = 8.000$, $X_{Gp2} = 21.333$) e impacto económico ($X_{Gp1} = 18.666$, $X_{Gp2} = 33.333$) se encuentran presentes en mayor medida en el grupo control que en el grupo experimental en el posttest. De acuerdo con el estadístico U de Mann Whitney las escalas sintomáticas del EORTC QLQC30 presentan significancia estadística de $p \leq .05$, con excepción de la escala de impacto económico que presenta $Z = -.804$ y $p = .071$.

En lo relacionado al tamaño del efecto de acuerdo con el estadístico “r” de Rosenthal encontramos un efecto pequeño en la escala disnea ($r = -.284$) e Impacto económico ($r = -.255$).

INTERV. COG-CONDUCTUAL CÁNCER GINECOLÓGICO

Efecto mediano en Fatiga ($r = -.466$), dolor ($r = -.427$), anorexia ($r = -.476$), náuseas y vomito ($r = -.334$), constipación ($r = -.309$) y diarrea ($r = -.310$). Mientras que en la escala Insomnio ($r = -.510$) un efecto grande. Con base a estos resultados concluimos que en lo relacionado a las escalas de funcionamiento sintomatológico de calidad de vida EORTC QLQC30 la intervención aplicada en el grupo experimental resulta altamente eficaz con excepción de la variable impacto económico.

Tabla 28. *Análisis Diferencial Posttest de grupo experimental y grupo control mediante la prueba de Rangos U de Mann-Whitney*

	Grupo experimental		Grupo Control		U de Mann Whitney		r de Rosenthal
VARIABLE	Media	DT	Media	r	Z	P	r
ESTRÉS	19.64	7.522	27.72	8.97459	-2.927	.003	-.414
AUTOESTIMA	35.32	4.643	16.92	4.16253	-5.982	.001	-.846
APOYO SOCIAL	49.60	5.930	30.76	9.47048	-5.558	.001	-.786
CALIDAD DE VIDA							
Estado Global de Salud	79.00	14.256	52.67	15.53818	-4.552	.001	-.644
*Escalas Funcionales							
Función Física	85.87	15.070	71.73	19.55808	-3.524	.001	-.498
Actividades cotidianas	91.33	13.710	68.00	25.42236	-3.917	.001	-.554
Rol Emocional	83.33	16.839	53.00	20.10965	-4.709	.001	-.666
Función Cognitiva	75.33	33.720	75.33	33.02636	-.349	.727	-.049
Función Social	88.00	24.305	54.00	28.16946	-4.384	.001	-.620
*Escalas de Síntomas							
Fatiga	25.33	25.362	50.22	26.66667	-3.294	.001	-.466
Dolor	24.00	23.609	52.00	34.46684	-3.021	.003	-.427
Náuseas y vomito	30.67	42.677	50.67	25.67604	-2.364	.018	-.334
Disnea	14.67	23.727	33.33	34.69443	-2.007	.045	-.284
Insomnio	16.00	21.773	48.00	32.03008	-3.604	.001	-.510

INTERV. COG-CONDUCTUAL CÁNCER GINECOLÓGICO

Anorexia	12.00	23.333	41.33	33.71998	-3.367	.001	-.476
Constipación	16.00	29.059	36.00	35.90110	-2.188	.029	-.309
Diarrea	8.00	14.530	21.33	23.33333	-2.193	.028	-.310
Impacto Económico	18.67	32.030	33.33	34.69443	-1.804	.071	-.255

Nota. * Subdimensiones de la escala de calidad de vida (EORT qlq-c30). Tamaño del efecto = r de Rosenthal. (interpretación desde los puntos sugeridos por Cohen (1988)).

CAPÍTULO III

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

*Las cosas terminan,
pero los recuerdos duran para siempre.*

Anónimo.

INTERV. COG-CONDUCTUAL CÁNCER GINECOLÓGICO

DISCUSION

A continuación, se interpretan y discuten los resultados encontrados en orden a los objetivos, considerando el marco teórico y estudios publicados. Finalmente se cierra este apartado hablando de las limitaciones y sugerencias del estudio.

El presente estudio tuvo como objetivo evaluar la eficacia de la intervención cognitivo conductual en mujeres con cáncer ginecológico para disminuir el estrés, mejorar la autoestima, apoyo social y calidad de vida.

Los resultados obtenidos en general reportan un alto nivel de eficacia de la intervención aplicada en el grupo experimental en comparación con el grupo control. Este resultado respalda la revisión sistemática realizada por Forgiony et al., (2019) la cual indica que, entre los modelos terapéuticos aplicados en pacientes con cáncer, los modelos cognitivo-conductuales logran ser de los mas funcionales.

Objetivo 1. Evaluar y comparar los niveles de estrés, autoestima, apoyo social y calidad de vida antes y después del tratamiento en el grupo experimental.

El primer objetivo de esta investigación es evaluar y comparar las variables estrés, autoestima, apoyo social y calidad de vida entre el pretest y posttest del grupo experimental para lo cual se realizaron los análisis estadísticos pertinentes. En el grupo experimental se brindó una intervención psicológica de corte cognitivo conductual y se obtuvieron resultados beneficiosos para el grupo experimental en las variables estrés, autoestima, apoyo social y la mayoría de las variables de calidad de vida. Estos resultados, exponen la eficacia de la terapia cognitivo

INTERV. COG-CONDUCTUAL CÁNCER GINECOLÓGICO

conductual en poblaciones de pacientes con cáncer, tal como lo señalan por estudios previos (Gómez, 2019; Toro, Barragán & Jiménez, 2019; Cabrera, 2017).

La utilización de modelos cognitivo-conductuales para tratar las variables estrés, autoestima y apoyo social en grupos de pacientes con cáncer resulta una constante en diversos estudios (Bellver, 2019; Acevedo, 2017; Tamez & Rodriguez, 2017), lo cual es debido a que las técnicas cognitivo conductuales presentan resultados positivos en conjunto con tratamientos farmacológicos y/o invasivos, como ejemplo encontramos la relajación muscular, imaginación guiada, y auto instrucciones (Ibáñez-Tarín & Manzanera-Escartí, 2012), por tal motivo estas técnicas son incluidas en el modelo de intervención de este proyecto.

En la comparación pretest-posttest del grupo experimental encontramos que la intervención logró una mejora en las variables estrés, autoestima y apoyo social (ver tablas 13-18), lo cual coincide con los datos expresados por estudios previos (Ramírez, 2017; Acevedo, 2017; Gonzalez, 2015). La obtención de resultados favorables en este modelo de intervención se debe a la integración de técnicas que han mostrado eficacia previamente en grupos de pacientes con cáncer como la reestructuración cognitiva, el entrenamiento en auto instrucciones, el entrenamiento en asertividad y la técnica de resolución de problemas (López, 2021; Ocampo, 2019; Toro, Barragán & Jiménez, 2019; Cerquera, 2017). De manera resumida podemos expresar que la utilización de modelos cognitivo-conductuales mejora el afrontamiento ante la enfermedad, promoviendo un ajuste emocional favorable. Antoni (2013) respalda los resultados señalando que poseer habilidades cognitivas, conductuales y sociales logran una mejor adaptación a la enfermedad.

INTERV. COG-CONDUCTUAL CÁNCER GINECOLÓGICO

En relación con la variable calidad de vida se obtuvo una mejora significativa del estado global de salud en el grupo experimental con la intervención cognitivo conductual al igual que estudios previos (Gutierrez, 2019; Urías, 2012). Además de esto encontramos una mejora significativa en el funcionamiento físico, actividades cotidianas, funcionamiento emocional y funcionamiento social, además de una disminución de fatiga, dolor, disnea, insomnio, pérdida de apetito y dificultades financieras, consideramos que estos resultados son debido a las estrategias cognitivas y conductuales utilizadas en el modelo de intervención, lo cual se encuentra acorde con la revisión sistemática de Teo et al. (2019) en donde concluye que la terapia cognitivo conductual resulta mayormente efectiva que otras intervenciones en el abordaje de la calidad de vida y el manejo de síntomas en pacientes con cáncer.

Dentro de las escalas funcionales se observa una disminución en el funcionamiento cognitivo, sin embargo, no resulta ser de manera significativa, lo cual no es sorpresivo debido a que la intervención no incluye estrategias dedicadas a la mejora de esta variable, por otro lado, López et al. (2012) señalan que la presencia de alteraciones cognitivas es debido al tratamiento quimioterapéutico. En el caso de las náuseas y vómito se dio un aumento de 14.6% a 30.66%, lo cual es un síntoma común asociado con la quimioterapia, sin embargo, nuestro modelo de intervención no contempla estrategias para tratar este síntoma, ya que a pesar de brindar habilidades cognitivas y conductuales no se combinó con la adherencia a tratamientos antieméticos tal como señala Haro et al. (2013). En el caso de la constipación no existieron diferencias significativas, sin embargo, en el grupo experimental solo se presentó un 28% del síntoma inicialmente, aun así, se lograron resultados favorables disminuyendo a un 16% la

INTERV. COG-CONDUCTUAL CÁNCER GINECOLÓGICO

presencia del síntoma. Tomando en cuenta estos valores resaltamos que esta sintomatología es común en pacientes que se encuentran en tratamiento de quimioterapia (Toral, 2004).

Objetivo 2. Evaluar y comparar los niveles de estrés, autoestima, apoyo social y calidad de vida antes y después del tratamiento en el grupo control.

En el pretest y posttest del grupo control encontramos un aumento del apoyo social, disminución de la autoestima, mientras que la variable estrés no mostró diferencias. Por otro lado, en la variable calidad de vida encontramos un aumento en el estado global de salud y disminución del funcionamiento cognitivo, mientras las variables funcionales y de síntomas se mantuvieron sin diferencias significativas.

Durante el pretest del grupo control encontramos niveles moderados de la variable estrés, así como niveles bajos de las variables autoestima y apoyo social de acuerdo con los puntos de cohorte señalados previamente por Moral y Martínez, (2009) y Ruiz et al. (2005). Estos resultados los atribuimos al desgaste emocional generado por el tratamiento quimioterapéutico al que suelen ser sometidos la mayoría de los pacientes con cáncer, ya que durante este proceso experimentan efectos secundarios de índole traumático que evidencian el proceso de pérdida de salud (Fonseca et al., 2021; Kim et al., 2012). En relación con el posttest del grupo control encontramos niveles moderados de la variable estrés y la variable apoyo social. Por otro lado, notamos la presencia de un nivel muy bajo de autoestima.

En el caso de la variable estrés y apoyo social resulta interesante el no encontrar niveles altos, puesto a que nos referimos al grupo control que no ha recibido atención psicológica profesional de ninguna manera, por lo cual en esta investigación, así como en otros estudios

INTERV. COG-CONDUCTUAL CÁNCER GINECOLÓGICO

previos (Pena, 2021) identificamos que, a pesar de existir un proceso de desgaste emocional y experiencias traumáticas por la presencia de síntomas agresivos, los pacientes con cáncer generan estrategias de afrontamiento que les ayudan a mejorar su estado emocional por sí solos, sin la necesidad de la atención terapéutica profesional.

Sin embargo, este no pareciera ser el caso en todos los pacientes debido a que de manera individual logramos identificar a pacientes que no experimentan cambios favorables en su estado emocional vs el tiempo, siendo evidente una similitud de sus estilos de afrontamiento, por lo cual coincidimos con Mesa-Rodríguez et al., (2021) en relación de la importancia de caracterizar los estilos de afrontamiento, pues resulta de interés el poder identificar las variables individuales y sociales que protejan o deterioren el estado emocional del paciente con cáncer durante el proceso de quimioterapia, tal como se observó en este estudio

En el grupo control no existieron diferencias significativas en el pre-post de la variable estrés, los resultados se mantuvieron con el mismo promedio de estrés percibido en el grupo control en general. Por otro lado, en la revisión individual del grupo control en relación con el estrés percibido es importante mencionar que existieron 7 participantes que presentaron niveles de estrés percibido mayores a 35, lo cual resulta en niveles muy por encima del punto de cohorte de ≥ 30 para definir caso de estrés alto de acuerdo con Moral y Martínez (2009).

En el caso de la variable autoestima no aumenta conforme aumenta el nivel de apoyo social y disminuye el estrés. Por lo cual esta relación se considera debe ser mayormente estudiada en poblaciones que sufran impactos emocionales de este tipo. En el postest del grupo control nos encontramos con una disminución del autoestima lo cual es algo común durante el desarrollo de procesos quimioterapéuticos, ya que tal como señala Ayci et al. (2011) la

INTERV. COG-CONDUCTUAL CÁNCER GINECOLÓGICO

autoestima suele ser afectada directamente debido a lo invasivo de los tratamientos en zonas genitales.

En la variable percepción del apoyo social el grupo control presentó un aumento a nivel significativo de acuerdo a la prueba de rangos de Wilcoxon, este resultado puede ser inferido debido a que inicialmente las personas diagnosticadas con cáncer suelen presentar una percepción negativa frente a la nueva situación a afrontar, la cual al momento de socializarse con las principales fuentes de apoyo social como la familia, amigos, pareja y demás grupos de pares (Durá & Hernández, 2003), termina por desatar un cambio positivo desarrollando una mejora en la comunicación y acercamiento de las relaciones familiares (Luszczynska et al., 2005) y por ende un aumento del apoyo social.

En cuanto a la calidad de vida en el pretest se obtuvieron resultados que coinciden con estudios previos, tal como lo presentado por Vargas (2018), Rey (2017), Rodas (2020) y Guzmán-Rivera y Alvira-Guaña (2021) que al igual que el presente estudio reportan bajos niveles de calidad de vida en pacientes sin tratamiento psicológico, esto podemos atribuirlo a las experiencias de alto impacto emocional que provoca la caída del cabello, así como la presencia de síntomas como el dolor, la fatiga, el insomnio y el impacto económico. En el posttest de la variable calidad de vida se evidencio un aumento del estado global de salud, sin embargo, no se obtuvo diferencias en las variables funcionales y de síntomas. En lo referente al estado global de salud y las demás variables que experimentaron una mejoría es de considerar que existen diversas estrategias externas al tratamiento psicológico profesional que pueden brindar un aumento en la calidad de vida del paciente como pueden ser las estrategias señaladas por Castañeda (2015).

INTERV. COG-CONDUCTUAL CÁNCER GINECOLÓGICO

Objetivo 3. Comparar los niveles de estrés, autoestima, apoyo social y calidad de vida antes del tratamiento entre el grupo control y experimental.

De acuerdo con los resultados reportados en el pretest del grupo experimental los niveles de estrés, autoestima y apoyo social resultan ser mayores que el grupo control, sin embargo, no existen diferencias significativas entre las variables. En el caso de la variable calidad de vida (EORTC QLQC30) se encontró igualdad en relación con la escala estado global de salud, las escalas funcionales y las escalas de síntomas.

Los resultados encontrados en el pretest de grupo control y experimental indican la presencia de niveles altos de estrés percibido (Moral & Martinez, 2007), niveles bajos de autoestima (Martín et al., 2007) y niveles bajos de apoyo social (Ruiz et al., 2015). Estos hallazgos en la muestra total coinciden con los análisis del impacto emocional que sufren los pacientes con cáncer expuesto por diversos autores (Ayala & Sepúlveda, 2017; Cabrera, 2017; Layme, 2017). Además de esto, encontramos coincidencia de los resultados del pretest en relación con otros estudios similares (Torrecilla et al., 2016; Urrutia et al., 2014), sin embargo en la revisión bibliográfica no solo se encontró similitud, ya que en algunos otros estudios (Cerdeira, 2018) las diferencias fueron amplias a comparación del presente estudio, lo cual consideramos es debido al estadio en el que se encuentran los pacientes, por lo cual consideramos muy recomendable el ampliar la recopilación de los factores específicos de la enfermedad en la muestra.

Dentro de las causas que provocan un malestar emocional en el paciente podemos encontrar que durante la quimioterapia se llegan a generar una gran cantidad de sintomatología de alto impacto emocional y social (Vázquez et al., 2017; Kim et al., 2012). Sin embargo,

INTERV. COG-CONDUCTUAL CÁNCER GINECOLÓGICO

además de este tipo de procedimientos clínicos, se encuentran otras diversas variables que generan un declive emocional en el paciente como el virus del papiloma humano (VPH) que es la infección de transmisión sexual más común culpable del 70% de los cánceres de cuello uterino (ASCO, 2019), y que lleva consigo consecuencias emocionales como la auto recriminación, autocensura y auto rechazo (Palacios et al., 2020; Gutierrez-Zambrano et al., 2018), y por consiguiente provoca un estado de mayor vulnerabilidad en mujeres con cáncer ginecológico que en otros tipos de cáncer.

Con relación a la variable calidad de vida se identificó un alto nivel de deterioro en ambos grupos (experimental y control) del funcionamiento físico, actividades cotidianas, rol emocional y función cognitiva, además de encontrar mayor presencia de síntomas que otras investigaciones previas en poblaciones similares (Jiménez, 2019; Sat-Muñoz, 2012). En relación con el deterioro de las variables mencionadas se encontró durante las sesiones la existencia de un estigma de “promiscuidad-cáncer ginecológico”, similar al planteado por Cano-Giraldo et al., (2017) esta idea es una constante en el paciente con cáncer ginecológico que limita el acceso a las redes de apoyo existentes y promueve el aislamiento.

El estado alterado de las variables presentes en esta población de estudio resulta común dentro del contexto de los pacientes recientemente diagnosticados con cáncer, además de esto durante el inicio de este programa de intervención los pacientes se encontraban en un estado alterado por motivo del inicio de su tratamiento de quimioterapia, el cual trae consigo la amenaza de cambios físicos que afectan directamente la imagen corporal del paciente, así como su estado emocional (Méndez & Villarraga, 2020).

INTERV. COG-CONDUCTUAL CÁNCER GINECOLÓGICO

Objetivo 4. Comparar los niveles de estrés, autoestima, apoyo social y calidad de vida después del tratamiento entre el grupo control y experimental.

En la comparación posttest del grupo control y grupo experimental encontramos diferencias significativas a favor del grupo experimental en las variables estrés, autoestima y apoyo social lo cual evidencia la utilidad de intervenciones psicológicas que logren brindar de estrategias al paciente con cáncer con el fin de afrontar efectivamente el proceso de enfermedad (Ocampo, 2019; Montiel-Castillo, 2019; Fergiony et al., 2019; Quintero & Finck, 2018).

En la revisión de los resultados en el grupo control encontramos niveles bajos de autoestima, mientras que en las variables estrés y apoyo social se presentan niveles moderados, por otro lado, en el grupo experimental se reportan altos niveles de autoestima, apoyo social y bajos niveles de estrés. La obtención de estos resultados en el grupo experimental aporta a la bibliografía actual (Bellver, 2019; Acevedo, 2017; Tamez & Rodriguez, 2017) mayor evidencia de la eficacia de los modelos cognitivo-conductuales.

En relación con la variable calidad de vida encontramos que el estado global de salud presenta diferencias significativas a favor del grupo experimental, así como también presenta diferencias significativas en las escalas funcionales con excepción de la escala funcional cognitiva, la cual mantiene similitud con el grupo control. De igual manera las escalas sintomáticas muestran mayor incidencia en el grupo control, con excepción de la variable impacto económico. La obtención de estos resultados se encuentra en estrecha relación con el estudio realizado por Teo et al. (2019) en el cual define que los modelos cognitivo-conductuales cuentan con mayor efectividad que otras intervenciones en el abordaje de la calidad de vida y el manejo de síntomas en pacientes con cáncer.

INTERV. COG-CONDUCTUAL CÁNCER GINECOLÓGICO

CONCLUSIÓN.

Los resultados obtenidos en el presente estudio demostraron la eficacia de una intervención cognitivo conductual hipnótica, la cual reportó mejora en las variables estrés, autoestima, apoyo social y calidad de vida, en comparación con el grupo control. La utilización de estrategias terapéuticas combinables como la terapia cognitivo conductual y la hipnosis resultan ser modelos prometedores para la obtención de resultados eficaces en poblaciones que sufren niveles severos de impacto emocional.

La evaluación de variables psicológicas y sintomatológicas durante procesos de quimioterapia implican resultados de alta variabilidad, puesto que el origen causal de estos se encuentra activo, sin embargo, se considera que los resultados implican un efecto de mayor realidad puesto que la evaluación en momentos de tratamiento de quimioterapia conlleva un impacto de finalización del proceso, lo cual puede representar una alteración mayor en la percepción de los resultados.

Entre los hallazgos de mayor interés identificamos individuos que sin atención terapéutica profesional afrontan de manera satisfactoria eventos de alto nivel traumático, tales como procesos de quimioterapia y la sintomatología que estos conllevan. Es importante tomar en cuenta estos resultados debido a que el generar, no solo intervenciones psicológicas para pacientes con cáncer resultan satisfactorio, sino que el generar un perfil adaptable al ambiente agresivo de los tratamientos del cáncer puede resultar una línea de desarrollo prometedor para evitar el desgaste emocional severo.

INTERV. COG-CONDUCTUAL CÁNCER GINECOLÓGICO

Limitaciones del estudio.

En este estudio se cuenta con la participación de mujeres con cáncer ginecológico las cuales se encontrarán en tratamiento quimioterapéutico activo, por tal motivo pueden existir diferentes variables que podrían influir en los resultados finales, por ejemplo: inasistencias, complicaciones durante el tratamiento o cambio de este debido a la inadaptación al medicamento.

RECOMENDACIONES PARA FUTUROS ESTUDIOS

En el presente trabajo se realizó la comparación de una intervención cognitivo conductual con hipnosis buscando identificar la eficacia de esta comparándola con un grupo control. Pero vale la pena mencionar que la validación de modelos terapéuticos a través de intervenciones psicológicas debe sufrir modificaciones. Esto debido a que, a pesar de obtener resultados satisfactorios en la contrastación del modelo de intervención, se puede considerar que pudieran existir estrategias terapéuticas con mayor eficiencia las cuales pueden provenir de modelos cognitivos o sistemáticos.

Por lo cual señalo las siguientes recomendaciones:

1. Realizar estudios en mujeres con cáncer ginecológico debido a que son pocos los existentes.
2. Realizar estudios con perspectiva de genero.

INTERV. COG-CONDUCTUAL CÁNCER GINECOLÓGICO

3. Desarrollar modelos de intervención familiar.
4. En lo relacionado a la evaluación incluir instrumentos cualitativos que faciliten la obtención de información de carácter de opinión.
5. Realizar manuales terapéuticos detallados que brinden soporte a las estrategias de intervención.

INTERV. COG-CONDUCTUAL CÁNCER GINECOLÓGICO

REFERENCIAS

- Aaronson, N. K., Ahmedzai, S., Bergman, B., Bullinger, M., Cull, A., Duez, N. J., Filiberti, A., Flechtner, H., Fleishman, S. B., & de Haes, J., C. (1993). The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: a quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. *Journal of the National Cancer Institute*, 85(5), 365–376. <https://doi.org/10.1093/jnci/85.5.365>
- Acevedo, J. (2017). *Intervención cognitivo-conductual para el manejo del estrés y la calidad de vida en pacientes con cáncer colorrectal: estudio piloto*. [Tesis Maestría, Universidad autónoma de Nuevo León]. <http://eprints.uanl.mx/14343/>
- Acinas, M. P., Arango, M. O., & Anton, S. (2012). Intervención médico–psicológica con paciente y familiares en un caso de cáncer ginecológico en cuidados paliativos oncológicos. *Psicooncología*, 9(1), 183-201. https://doi.org/10.5209/rev_PSIC.2012.v9.n1.39146
- Aguirre-Camacho, A & Moreno-Jiménez B. (2017). La relevancia de la flexibilidad psicológica en el contexto del cáncer: una revisión de la literatura. *Psicooncología*, 14(1), 11-22. <https://doi.org/10.5209/PSIC.55808>
- Aldaco-Sarvide, F., Pérez-Pérez, P., Cervantes-Sánchez, G., Torrecillas-Torres, L., Erazo-Valle-Solís, A., Cabrera-Galeana, P., Motola-Kuba, D., Anaya, P., Rivera-Rivera, S. & Cárdenas-Cárdenas, E. (2018). Mortalidad por cáncer en México: actualización 2015. *Gaceta Mexicana de Oncología*, 17(1), 28-34. <https://doi.org/10.24875/j.gamo.M18000105>
- Alonso, C. & Bastos, A. (2011). Psychological Intervention in Cancer Patients. *Clínica Contemporánea*, 2(2), 187-207. <https://doi.org/10.5093/cc2011v2n2a6>
- Alonso, A. & Côrtes, C. (2018). La alopecia en el cáncer de mama. *Journal of Nursing*, 12(2),

INTERV. COG-CONDUCTUAL CÁNCER GINECOLÓGICO

447-455. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i2a25097p447-455-2018>

American Cancer Society. (2019). Cómo se usa la quimioterapia para tratar el cáncer. 2019: 1-7.

<https://www.cancer.org/content/dam/CRC/PDF/Public/8462.96.pdf>

American Psychological Association. (2010). *Ethical Principles of psychologists and code of conduct*. <http://www.apa.org/ethics/code/index.aspx>

American Society of Clinical Oncology. (2019). Virus del papiloma humano (VPH) y el cáncer. Aprobado por la Junta Editorial de Cancer.Net, 02/2019.

<https://www.cancer.net/es/desplazarse-por-atenci%C3%B3n-del-c%C3%A1ncer/prevenci%C3%B3n-y-vida-saludable/virus-del-papiloma-humano-vph-y-el-c%C3%A1ncer>

Ancinas, M. (2014). Situaciones traumáticas y resiliencias en personas con cáncer. *Psiquiatría Biológica*, 21(02), 65-72.

<https://doi.org/10.5093/cc2011v2n2a610.1016/j.psiq.2014.05.003>

Antoni, M. (2013). Psychosocial intervention effects on adaptation, disease course and biobehavioral processes in cancer. *Brain Behavior and Immunity*, 30, 88-98.

<https://doi.org/10.1016/j.bbi.2012.05.009>

Antoni, M. H., Pereira, D. B., Marion, I., Ennis, N., Andrasik, M. P., Rose, R., McCalla, J., Simon, T., Fletcher, M. A., Lucci, J., Efantis-Potter, J., & O'Sullivan, M. J. (2008). Stress Management Effects on Perceived Stress and Cervical Intraepithelial Neoplasia in Low-Income HIV Infected Women. *Journal of Psychosomatic*, 67, 463-463.

<https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2009.09.007>

Aragón, J., (2009). Epidemiología del cáncer en México. En E. Medina, R. Martínez (Ed.), *Fundamentos de Oncología* (pp. 23-28), Universidad Nacional Autónoma de México

Arbizu, J. P. (2000). Factores psicológicos que intervienen en el desarrollo del cáncer y en la respuesta al tratamiento. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 24(1).

<http://www.lapica.cesca.es/index.php/ASSN/article/download/5848/4736>

INTERV. COG-CONDUCTUAL CÁNCER GINECOLÓGICO

- Arbyn, M., Castellsagué, X., Sanjose, S., Bruni, L., Saraiya, M., Bray, F., & Ferlay, J. (2011). Worldwide carga de cuello uterino cáncer en 2008. *Annals of Oncology*, 22(12), 2675-2686. <https://doi.org/10.1093/annonc/mdr015>
- Arriba, L. N., Enerson, C. L., & Belinson, S. (2010). Mexicana cervical cáncer screening study II aceptabilidad de virus del papiloma humano auto-sampler. *Revista Internacional de Cáncer Ginecológico*, 20, 1415-1423. <https://doi.org/10.1111/IGC.0b013e3181f58678>
- Atanackovic, D., Nowottne, U., Freier, E., Weber, C., Meyer, S., Bartels, K., Hildebrandt, Y., Cao, N., Kroger, M., Brunner-Weinzierl, C., Bokemeyer C., & Deter, H. (2013). Acute psychological stress increases peripheral blood CD3+CD56+natural killer T cells in healthy men: possible implications for the development and treatment of allergic and autoimmune disorders. *Stress*, 16, 421-428. <https://doi.org/10.3109/10253890.2013.777702>
- Avci, I. A., Altinel, B., & Gunestas, I. (2011). Women's Body Perceptions and Self-Esteem Before and After Hysterectomy Due to Gynecological Cancer. *European Journal of Cáncer*, 47(1), 310-310. [https://doi.org/10.1016/S0959-8049\(11\)71373-9](https://doi.org/10.1016/S0959-8049(11)71373-9)
- Ayala, A., Rodríguez-Blázquez, C., Frades-Payo, B., João-Forjaz, M., Martínez-Martín, P., Fernández-Mayoralas, G., & Rojo-Pérez, F. (2012). Propiedades psicométricas del Cuestionario de Apoyo Social Funcional y de la Escala de Soledad en adultos mayores no institucionalizados en España. *Gaceta Sanitaria*, 26(4), 317-324. <https://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2011.08.009>
- Ayala, L., & Sepúlveda, G. (2017). Necesidades de cuidado de pacientes con cáncer en tratamiento. *Revista Electrónica Trimestral de Enfermería*, 353-368. <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.16.1.231681>
- Babacan, A. & CAM, O. (2011). Kadınların serviks kanseri için erken tanı tutumları ile benlik saygısı, beden algısı ve umutsuzluk düzeyleri arasındaki ilişkiler. *Nobel medicus*, 7(3), 46-52. <https://www.nobelmedicus.com/Content/1/21/46-52.pdf>

INTERV. COG-CONDUCTUAL CÁNCER GINECOLÓGICO

Bados, A. (2008). *Terapia cognitiva de Beck*. Piramide.

Bados López, A., & García Grau, E. (2010). *La Técnica de la reestructuración cognitiva*.
Universidad de Barcelona.

Barabasz, A., Higley, L., & Christensen, C. (2010). Efficacy of hypnosis in the treatment of human papillomavirus (hpv) in women: rural and urban samples. *International journal of clinical and experimental hypnosis*, 58(1), 102-21.

<https://doi.org/10.1080/00207140903310899>

Barra, E. (2004). Apoyo social, estrés y salud. *Psicología y Salud*, 14 (2), 237-243.

Barragán, K. Y., Jiménez, A. y Toro, L. F. (2019). *Características del enfoque Cognitivo-Conductual en pacientes con cáncer desde una perspectiva psicooncológica*.
[Monografía, Corporación Universitaria Minuto de Dios, Pereira – Colombia].

<https://hdl.handle.net/10656/7542>

Bartoces, M. G., Severson, R. K., Rusin, B. A., Schwartz, K. L., Ruterbusch, J. J., & Neale, A.V. (2009). Quality of life and self-esteem of long-term survivors of invasive and noninvasive cervical cancer. *Journal Womens Health*, 18(5), 655-661.

<https://doi.org/10.1089/jwh.2008.0959>

Becerra Gálvez, A. L., Reynoso Erazo, L., & Lugo-González, I. V. (2020). Terapia de Activación Conductual Breve para la Depresión en mujeres con cáncer de mama: casos clínicos. *Psicooncología*, 17(2), 387-400. <https://doi.org/10.5209/psic.71363>

Beck, A. T. (1970). Cognitive Therapy: Nature and Relation to Behavior Therapy. *Cognitive and Behavior Therapy*, 1, 184-200

Beck, A. T. (1991). Cognitive therapy: a 30-year retrospective. *American Psychology*, 46, 368 – 375. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.46.4.368>

Becoña, E., & Oblitas, L. A. (1997). Terapia cognitivo-conductual: antecedentes técnicas. *Revista Liberabit*, 3(3), 49-70. <http://revistaliberabit.com/es/portfolio-item/revista->

INTERV. COG-CONDUCTUAL CÁNCER GINECOLÓGICO

[liberabit-vol-3/](#)

Bell, C. J., Ziner, K. W., & Champion, V. L. (2009). Death worries and quality of life in younger breast cancer survivors. *Western Journal of Nursing Research*, 31(8), 1076-1077.

<https://doi.org/10.1177/0193945909342241>

Bellver-Perez A, Peris-Juan C, & Santaballa-Beltrán A. (2019). Effectiveness of therapy group in women with localized breast cancer. *Int J Clin Health Psychol*, 19, 107-14.

<https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2019.02.001>

Bifulco, G., De Rosa, N., Tornesello, M. L., Piccoli, R., Bertrando, A., Lavitola, G., Morra, I., Sardo, A. D., Buonaguro, F. M., & Nappi, C. (2012). Quality of life, lifestyle behavior and employment experience: A comparison between young and midlife survivors of gynecology early stage cancers. *Gynecologic Oncology*, 124, 444-451.

<https://doi.org/10.1016/j.ygyno.2011.11.033>

Bolger, N., & Amarel, D. (2007). Effects of social support visibility on adjustment to stress experimental evidence. *Journal Of Personality And Social Psychology*, 92, 458-475.

<https://doi.org/10.1037/0022-3514.92.3.458>

Borglin, G., Gustafsson, M., & Krona, H. (2011). A theory-based educational intervention targeting nurses' attitudes and knowledge concerning cancer-related pain management: a study protocol of a quasi-experimental design. *Health Services Research*, 11, 233.

<https://doi.org/10.1186/1472-6963-11-233>

Breen, S. J., Baravelli, C. M., Shofield, P. E. Jefford, M., Yates, P. M., & Aranda, S. (2009). Is symptom burden a predictor of anxiety and depression in patients with cancer about to commence chemotherapy? *Medical Journal of Australia*, 190, 99-104.

<https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2009.tb02480.x>

Broadhead, W. E., Gehlbach, S. H., Degruy, F.V. & Kaplan, B. H. (1988). The Duke-UNK functional social support questionnaire: measurement of social support in family medicine patients. *Medical Care*, 26(7), 709-23. <https://doi.org/10.1097 / 00005650->

INTERV. COG-CONDUCTUAL CÁNCER GINECOLÓGICO

[198807000-00006](#)

- Butler, L., Koopman, C., Neri, E., Giiese-Davis., Palesh, O., Thorne-Yocam, K., Dimiceli, S. (2009). Effects of supportive-expressive group therapy on pain in women with metastatic breast cancer. *Health Psychology*, 28(5), 579-587. <https://doi.org/10.1037/a0016124>
- Cabrera, Y., López, E., López, E., & Arredondo, B. (2017). La psicología y la oncología: en una unidad imprescindible. *Revista Finlay*, 7(2), 115-127. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342017000200007&lng=es&tlng=es.
- Calero, R., & Cruzado, J. A. (2018). La intervención psicológica en mindfulness con pacientes supervivientes de cáncer de mama. Revisión sistemática. *Psicooncología*, 15(1), 75-88. <https://doi.org/10.5209/PSIC.59177>
- Cano-Giraldo, S., Caro-Delgadillo, F.V. & Lafaurie-Villamil, M.M. (2017). Vivir con cáncer de cuello uterino in situ: experiencias de mujeres atendidas en un hospital de Risaralda, Colombia, 2016. Estudio cualitativo. *Rev Col. Obst. Ginecol*, 68(2), 112-119. <http://dx.doi.org/10.18597/rcog.1436>.
- Carnahan, L., Ritterband, L., Bailey, E., Thorndike, F., Lord, H., & Baum, L. (2010). Feasibility and preliminary efficacy of a self-hypnosis intervention available on the web for cancer survivors with insomnia. *E-Journal Of Applied Psychology*, 6(2), 10-23. <http://ojs.lib.swin.edu.au/index.php/ejap/article/viewFile/211/221>
- Cardona, A. & Herrera, D. (2018). *Comprender la vivencia de la imagen corporal en mujeres que fueron diagnosticadas con cáncer de mama y que se sometieron a tratamientos de quimioterapia, radioterapia y/o mastectomía*. [Título de Psicología, Universidad de Antioquia]. <http://hdl.handle.net/10495/15975>
- Carrobbles, J. A. (1985). *El modelo conductual o del aprendizaje social: Enfoques y aplicaciones*. UNED.
- Castañeda de la Lanza, C., O'Shea C., G. J., Narváez, M. A., Lozano, J., Castañeda, G., &

INTERV. COG-CONDUCTUAL CÁNCER GINECOLÓGICO

- Castañeda de la Lanza, J. J. (2015). Calidad de vida y control de síntomas en el paciente oncológico. *Gaceta Mexicana de Oncología*, 14(3), 150-156.
<https://doi.org/10.1016/j.gamo.2015.07.007>
- Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (2019). *Cánceres Ginecológicos*.
https://www.cdc.gov/spanish/cancer/gynecologic/basic_info/index.htm
- Cerda, L. (2018). *Calidad de vida en mujeres con cáncer cérvico-uterino del hospital de la mujer de Aguascalientes*. [Tesis especialidad, Hospital de la mujer del estado de Aguascalientes. Centro de Ciencias de la Salud].
<http://bdigital.dgse.uaa.mx:8080/xmlui/bitstream/handle/11317/1499/426175.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Cerquera, A., Matajira, Y. & Vásquez, E. (2017). Estrategias de afrontamiento en pacientes diagnosticados con cáncer de mama y el papel del psicólogo. *Revista de Psicología GEPU*, 8(2), 144-154. <https://revistadepsicologiagepu.es.tl/Estrategias-de-afrontamiento-en-pacientes-diagnosticados-con-cancer-de-mama-y-el-papel-del-psicologo.htm>
- Champion, V., Williams, S. D., Miller, A., Reuille, K. M., Wagler-Ziner, K., Monahan, P. O., Zhao, Q., Gershenson, D., & Cella, D. (2007). Quality of life in long-term survivors of ovarian germ cell tumors: a Gynecologic Oncology Group study. *Gynecologic Oncology*, 105(3):687-94. <https://doi.org/10.1016/j.ygyno.2007.01.042>
- Chaturvedi, S. K. (2012). Psychiatric oncology: Cancer in mind. *Indian Journal of Psychiatry*, 54(2), 111-118. <https://doi.org/10.4103/0019-5545.99529>
- Chen, P. Y., Liu, Y. M., & Chen, M. L. (2017). The effect of hypnosis on anxiety in patients with cancer: A Meta-Analysis. *Worldviews on evidence-based nursing*, 14(3), 223-236.
<https://doi.org/10.1111/wvn.12215>
- Clark, D. A., & Beck, A. T. (2010). Cognitive theory and therapy of anxiety and depression: Convergence with neurobiological findings. *Trends in Cognitive Sciences*, 14(9): 418-424. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2010.06.007>

INTERV. COG-CONDUCTUAL CÁNCER GINECOLÓGICO

- Claudet, P. T., & Hernandez, F. S. (1985). Consecuencias psicoafectivas y sociales del cáncer de mama y de la mastectomía. *Revista Costarricense de Ciencias Médicas*, 6(2), 29-38.
<http://www.binasss.sa.cr/revistas/rccm/v6n2/art4.pdf>
- Coca, C., Denizon, S., Moreno, B., Perez, J. M., Carrillo, P. A., & Garcia, H. (2020). Cinco cuestiones esenciales para acompañar en el sufrimiento. *Psicooncologia*, 17(2), 227-237.
<https://doi.org/10.5209/psic.71360>
- Cohen, J. (1988). *The power statistical analysis for the behavioral sciences*. Lawrence Erlbaum Associates.
- Cohen, S., Kamarak, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *American Sociological Association*, 24, 385-396.
- Cook, T. D., & Campbell, D. T. (1979). *Quasi-experimentation: Design and analysis issues for field settings*. Rand-McNally
- Craig, C. D., Monk, B. J., Farley, J. H., & Chase, D. M. (2014). Cognitive impairment in gynecologic cancers: a systematic review of current approaches to diagnosis and treatment. *Supportive Care in Cancer*, 22(1), 279-287. <https://doi.org/10.1007/s00520-013-2029-7>
- Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16(3): 297-334. <https://doi.org/10.1007/BF02310555>
- Cuervo, N., Silva, P., Medina, D. A., Flores, J. R., Ramírez, A. M., & Domínguez Trejo, B. (2020). Terapia cognitivo-conductual grupal sobre la sintomatología depresiva-ansiosa y temperatura nasal en mujeres con cáncer de mama: Estudio piloto. *Psicooncología*, 17(2), 255-271. <https://doi.org/10.5209/psic.70290>
- Cuevas-Cancino, J. & Moreno-Pérez, N. (2017). Psicoeducación: intervención de enfermería para el cuidado de la familia en su rol de cuidadora. *Enfermería Universitaria*, 14(3), 207-218. <https://doi.org/10.1016/j.reu.2017.06.003>

INTERV. COG-CONDUCTUAL CÁNCER GINECOLÓGICO

- Cunill, M., & Serdà, B. (2011). Características de la comunicación en enfermos de cáncer en el contexto sanitario y familiar. *Psicooncología*, 8(1), 65-79.
https://doi.org/10.5209/rev_PSIC.2011.v8.n1.6
- D'Zurilla, TJ y Goldfried, MR (1971). Resolución de problemas y modificación del comportamiento. *Revista de psicología anormal*, 78 (1), 107-126.
<https://doi.org/10.1037/h0031360>
- D'Zurilla, T. J., Goldfried, M. R. (1973). Cognitive processes, problem solving, and effective behavior. En M. R. Goldfried & M. Merbaum, *Behavior change through self-control*. Rinehart & Winston.
- Die, M. (2013). Hospital Based Psycho-Oncological Intervention. *Clínica Contemporánea*, 4(2), 119-133. <https://doi.org/10.5093/cc2013a10>
- Dobson, K. S., & Dozois, D. J. A. (2010). Historical and Philosophical Bases of the Cognitive-Behavioral Therapies. En K. Dobson (Ed.). *Handbook of Cognitive-Behavioral therapies* (pp. 4-29), The Guilford Press
- Doherty, I. (1997). *Gynecological cáncer*. Cambridge University.
- Edington, S. M., Carnahan, L. F., Thorndike, F. P., Lord, H. R, Bailey, E., T., Baum, L. D., & Ritterband, L. M. (2011). Treating insomnia in cancer survivors through hypnosis recordings available on the web. *Annals of Behavioral Medicine*, 41(1), 6-8. Poster presentado en la Sociedad de Medicina de la conducta No. 32 en Washington, DC
- Ell, K., Xie, B., Wells, A., Nedjat-Haiem, F., Lee, P. J., & Vourlekis, B. (2008). Economic Stress Among Low-Income Women With Cancer Effects on quality of life. *Cancer*, 112(3): 616-625. <https://doi.org/10.1002/cncr.23203>
- Ellis, A. (1958). Psicoterapia racional. *Revista de Psicología General*, 59, 35-49.
<https://doi.org/10.1080/00221309.1958.9710170>
- Elkins, G. R., Barabasz, A. F., Council, J. R., & Spiegel, D. (2015). Advancing research and

INTERV. COG-CONDUCTUAL CÁNCER GINECOLÓGICO

practice: the revised APA Division 30 definition of hypnosis. *The International journal of clinical and experimental hypnosis*, 63(1), 1–9.

<https://doi.org/10.1080/00207144.2014.961870>

Eremin O, Walker, M. B, Simpson, E., Heys, S. D., Ah-See, A. K., Hutcheon, A. W., Ogston, K. N., Sarkar, T. K., Segar, A., & Walker, L. G. (2009). Immuno-modulatory effects of relaxation training and guided imagery in women with locally advanced breast cancer undergoing multimodality therapy: a randomised controlled trial. *Breast*, 18, 17-25.

<https://doi.org/10.1016/j.breast.2008.09.002>

Erickson, M. H., Rossi, E., & Rossi, S. (1976). *Hipnotic realities*, Nueva York. Hardcover.

Estévez, L., Gomez, I., Darlenys, L (2018). Braquiterapia: tratamiento eficaz para varios tipos de cáncer. *Medicent Electrón*, 22(3), 304-305.

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432018000300018

Farooqui, M., Hassali, M. A., Shatar, A. K. A., Shafie, A. A., Farooqui, M. A., & Saleem, F. (2012). Use of mind-body complementary therapies (mbcts) in patients with cancer. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 18, 727-728.

<https://doi.org/10.1089/acm.2012.0394>

Fassler, O., Lynn, S. J., & Knox, J. (2008). Is hypnotic suggestibility a stable trait?.

Consciousness and Cognition, 17, 240-253. <https://doi.org/10.1016/j.concog.2007.05.004>

Fawzy I., Fawzy2and, N, W., Wheeler, J. (1996). A post-hoc comparison of the efficiency of a psychoeducational intervention for melanoma patients delivered in group versus individual formats: An analysis of data from two studies. *Journal of Psychi-Oncology*, 5(2). [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-1611\(199606\)5:2<81::AID-PON215>3.0.CO;2-F](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-1611(199606)5:2<81::AID-PON215>3.0.CO;2-F)

Fayers, P., Aaronson, NK, Bjordal, K., Groenvold, M., Curran, D. & Bottomley, A. (2001). EORTC QLQ-C30 Manual de puntuación. (3ª ed.) Organización Europea para la Investigación y el Tratamiento del Cáncer.

INTERV. COG-CONDUCTUAL CÁNCER GINECOLÓGICO

<https://www.eortc.org/app/uploads/sites/2/2018/02/SCmanual.pdf>

Felix MMS, Ferreira MBG, Oliveira LF, Barichello E, Pires PS & Barbosa MH. (2018). Terapia de relajación con imágenes guiadas sobre la ansiedad preoperatoria: un ensayo clínico aleatorizado. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 26, 3101.

<https://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2850.3101>

Ferrans C. E. (1990). Developement of a quality of life index for patients with cancer. *Oncology Nursing*, 17, 15 – 21

Fisher, R. A. (1930). The moments of the distribution for normal samples of measures of departure from normality. *Proceedings of the Royal Society A*, 130 (812), 16–28.

<https://doi.org/10.1098/rspa.1930.0185>

Fisher, R. A. (1970). *Statistical methods for research workers* (14th ed.). Oliver & Boyd.

Flory N., & Lang, E. (2008). Practical hypnotic interventions during invasive cancer diagnosis and treatment. *Oncology Clinics of North America*, 22, 709-725.

<https://doi.org/10.1016/j.hoc.2008.04.008>

Fobair, P., Stewart, S. Chang, S., D' Onofrio, Banks, P., & Bloom, J. (2006). Body image and sexual problems in young women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 15, 579-594.

<https://doi.org/10.1002/pon.991>

Fonseca, R. A., Daniel, E. S., Ribeiro, W. A., Almeida, M. C. dos S., Souza, J. Z. dos S., Cunha, V. S. B. da., Alcoforado, G. K. S. M., Silva, Érica S. da., & Duarte, A. G. de M. (2021). Frente al paciente oncológico quimioterapia frontal: contribuciones de enfermería.

Research, Society and Development, 10(3), 1-11. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i3.12657>

Font, A. & Rodríguez, E. (2004). Eficacia de la terapia de grupo en cáncer de mama: variaciones en la calidad de vida. *Psicooncología*, 1(1), 67-86.

<https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC0404110067A/16325>

INTERV. COG-CONDUCTUAL CÁNCER GINECOLÓGICO

- Font Guiteras, A., Reventós Osuna, P., & Falo Zamora, C. (2020). Afrontamiento y calidad de vida en pacientes con cáncer de mama: Estudio preliminar de semejanzas y diferencias entre pacientes con y sin metástasis. *Psicooncología*, 17(1), 179-194.
<https://doi.org/10.5209/psic.68249>
- Forgiony, J., Bonilla, N., Moncada, A., Castañeda, A., Rey, K., & López, O., Castellanos, F. (2019). Desafíos terapéuticos y funciones de las redes de apoyo en los esquemas de intervención del cáncer. *Archivos Venezolanos De Farmacología y Terapéutica*, 38(5), 653-660. https://www.revistaavft.com/images/revistas/2019/avft_5_2019/22_desafios.pdf
- Franco, C, Amutio, A, Mañas, I, Sánchez-Sánchez, LC y Mateos-Pérez, E (2020). Improving psychosocial functioning in mastectomized women through a mindfulness-based program: Flow meditation. *International Journal of Stress Management*, 27(1), 74-81.
<https://doi.org/10.1037/str0000120>
- Garland, S. N., Campbell, T. S., Samuels, C., & Carlson, L. E. (2013). Associations between Dispositional Mindfulness, Insomnia, Sleep Quality and Dysfunctional Sleep Beliefs in Post-Treatment Cancer Patients. *Personality and Individual Differences*, 55, 306-3011.
<https://doi.org/10.1016/j.paid.2013.03.003>
- Gil, F. L., & Breitbart, W. (2013). Psicoterapia centrada en el sentido: "Vivir con Sentido". Estudio piloto. *Psicooncología*, 10(2-3), 233-245.
https://doi.org/10.5209/rev_PSIC.2013.v10.n2-3.43446
- Giraldo, C. (2009). Persistence of social representation regarding breast cancer. *Revista Salud Pública*, 11(4), 514-525. <https://doi.org/10.1590/S0124-00642009000400003>
- Goldfried, M. R., & Goldfried, A. P. (1987). Métodos de cambio cognitivo. Desclée de Brouwer.
- Gómez, B. & Escobar A. (2006). Estrés y sistema inmune. *Revista mexicana de neurociencias*, 7(1), 30-38. <http://previous.revmexneurociencia.com/wp-content/uploads/2014/06/Nm061-05.pdf>
- Gómez-Cruz, M. (2011). Déficit neuropsicológicos asociados a alteraciones cerebrales

INTERV. COG-CONDUCTUAL CÁNCER GINECOLÓGICO

- secundarias a tratamientos oncológicos. *Psicooncología*, 8(2-3), 215-229.
https://doi.org/10.5209/rev_PSIC.2011.v8.n2-3.37878
- Gómez, I., Ruiz-Castañeda, D., Fluja-Contreras, J., Segura, A., Martínez, A., & Vázquez, M. (2019). Tratamiento cognitivo-conductual para la mejora del estrés en oncología pediátrica: un estudio piloto. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 28 (5), 869-883.
<https://dx.doi.org/10.24205/03276716.2019.1155>
- Gonzalez, A., Gonzalez, A. & Estrada, B. (2015). Eficacia de la terapia cognitivo conductual en mujeres con cáncer de mama. *Psicooncología*, 12(1), 129-140.
http://dx.doi.org/10.5209/rev_PSIC.2015.v12.n1.48908
- González, M. T., & Landero, R. (2007). Factor Structure of the Perceived Stress Scale (PSS) in a Sample from Mexico. *The Spanish Journal of Psychology*, 10(1) 199-206.
<https://doi.org/10.1017/S1138741600006466>
- González, N. & López, A. (2001). *La autoestima: Medición y estrategias de intervención a través de una experiencia en la reconstrucción del ser*. Universidad Autónoma del Estado de México.
- Guareño, G. (2021). Intervenciones y terapias focalizadas en la autoestima y la imagen corporal en mujeres con cáncer de mama: *Revisión Sistemática*. *Reidocrea*, 10(26), 1-11.
<https://doi.org/10.30827/Digibug.69530>
- Gutierrez, L., Velasco, L., Berzal, E., Salas., L., Sanchez, S., Alcocer, N., Quiroz, P., Peñacoba, C. & Catalán, P. (2019). Mejora de la funcionalidad física y emocional tras un programa de intervención multicomponente en mujeres con cáncer de mama. *Información Psicológica*, 118, 45-54. <https://doi.org/10.14635/IPSIC.2019.118.5>
- Gutierrez-Zambrano, L.J., Cantos-Sánchez, M.M., Luzuriaga-Saltos, M.E., Venenaula-Orellana, A., Montañó-Parrales, G.M., & Loor-Vinueza, G.M. (2018). VPH y cáncer cervicouterino como un estigma social: un estudio desde el punto de vista psicosocial. *Dominio de las Ciencias*, 4(4), 25-35. <https://doi.org/10.23857/dom.cien.pocaip.2018.vol.4.n4.25-23>

INTERV. COG-CONDUCTUAL CÁNCER GINECOLÓGICO

Guzmán-Rivera, J. & Alvira-Guaña, D. (2021). Efectos secundarios de las terapias oncológicas en pacientes con cáncer de cérvix. *Revista Ciencia y Cuidado*, 18(2), 55-68.

<https://doi.org/10.22463/17949831.2842>

Hansen, E., Zimmermann, M., & Duenzl, G. (2010). Hypnotic communication with emergency patients. *Notfall & Rettungsmedizin*, 13(4), 314-321. <https://doi.org/10.1007/s10049-010-1293-z>

Haro, L. (2017). Tratamiento psicológico de la emesis anticipatoria. *Psicooncología*, 14(2-3), 371-372. <https://doi.org/10.5209/PSIC.57092>

Haro, L. M., Mondejar, R., Muñoz, M. M., Molina, M. J., Olaverri, A., & Santiago, J. A. (2013). Tratamiento psicológico de las náuseas y vómitos anticipatorios inducidos por quimioterapia y radioterapia. *Psicooncología*, 10(2-3), 289-298. https://doi.org/10.5209/rev_PSIC.2013.v10.n2-3.43450

Helgeson, V, Cohen, S, Schulz, R., & Yasko, J. (2000). Group Support Interventions for Women With Breast Cancer: Who Benefits From What?. *Health Psychology*, 19(2), 107-114. <https://doi.org/10.1037//0278-6133.19.2.107>

Hersch, J., Juraskova, I., Price, M., & Mullan, B. (2009). Psychosocial interventions and quality of life in gynaecological cancer patients: a systematic review. *Psychooncology*, 18, 795-810. <https://doi.org/10.1002/pon.1443>.

Holland, J. & Lewis S. (2001). *The human side of cancer: Living with Hope, Coping with Uncertainty*. Herder.

Holland, J. C., & Alici, Y. (2010). Management of distress in cancer patients. *The journal of supportive oncology*, 8(1), 4-12.

Hopko, D. R., Bell, J. L., Armento, M., Robertson, S., Mullane, C., Wolf, N., & Lejuez, C. W. (2008). Cognitive-behavior therapy for depressed cancer patients in a medical care setting. *Behavior Therapy*, 39(1), 126-136. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2007.05.007>

INTERV. COG-CONDUCTUAL CÁNCER GINECOLÓGICO

- Hörnquist, JO. (1982). The concept of quality of life. *Scandinavian journal of social medicine*, 10(2):57-61. <https://doi.org/10.1177/140349488201000204>
- Ibañez-Tarín, C. & Manzanera-Escartí, R (2012). Terapias cognitivo-conductuales de fácil aplicación en atención primaria (1). *Medicina de familia Semergen*, 38 (6), 377-387. <https://dx.doi.org/10.1016/j.semerg.2011.07.019>
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (2020). *Estadísticas a propósito del día mundial de la lucha contra el cáncer de mama*. <https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2020/Cancermama20.pdf>
- Instituto Nacional del Cáncer. (2019). Radioterapia para tratar el cáncer. <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/tratamiento/tipos/radioterapia>
- Jacobson, E. (1938). *Relajación progresiva*. Univ. Prensa de Chicago.
- Jiménez, N. (2019). Calidad de vida y satisfacción con el cuidado médico y de enfermería en una muestra de pacientes con cáncer hereditario del Instituto Nacional de Cancerología. *Salud en tabasco*, 25 (2), 72-79. https://tabasco.gob.mx/sites/default/files/users/ssaludtabasco/72_0.pdf
- Jokić-Begić, N. (2008). Terapia cognitivo conductual. En Ajduković, M. (Ed), *Psicoterapia: Escuelas y direcciones psicoterapéuticas en croacia hoy* (pp. 67-75) Medicinska naklada.
- Jokić-Begić, N. (2010). Cognitive-behavioral therapy and neuroscience: towards closer integration. *Psychological Topics*, 19(2): 235-254. http://www.sequentialpsychotherapy.com/assets/jokic_begic_n_cognitive_behavioral_therapy_and_neuroscience.pdf
- Kazdin, A. E. (2007). Mediators and mechanisms of change in psychotherapy research. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 1-27. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091432>
- Keefe, F. J. Porter, L., & Somers, T. (2013). Psychosocial interventions for managing pain in

INTERV. COG-CONDUCTUAL CÁNCER GINECOLÓGICO

- older adults: outcomes and clinical implications. *British Journal of Anaesthesia*, 111, 89-94. <https://doi.org/10.1093/bja/aet129>
- Kerby, D. S. (2014). The simple difference formula: An approach to teaching nonparametric correlation. *Comprehensive Psychology*, 3(1), 1-9. <https://doi.org/10.2466/11.IT.3.1>
- Kim, I. R., Cho, J., Choi, E. K., Kwon, I. G., Sung, Y. H., Lee, J. E., Nam, S. J., & Yang, J. H. (2012). Perception, attitudes, preparedness and experience of chemotherapy-induced alopecia among breast cancer patients: a qualitative study, *Asian pacific. Journal of Cancer Prevention*, 13, 1383-1388. <https://doi.org/10.7314/APJCP.2012.13.4.1383>
- Knaul, F. M., Bhadelia, A., Gralow, J. Arreola-Ornelas, H. Langer, A., & Frenk, J. (2012). Meeting the emerging challenge of breast and cervical cancer in low- and middle-income countries. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 119, 85S88. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2012.03.024>
- Layme, E. (2017). *Consecuencias psicológicas asociadas a los cambios de apariencia física en pacientes con cáncer que reciben tratamiento ambulatorio, servicio de oncología, Hospital III Goyeneche Arequipa – 2017*. [Tesis de licenciatura, Universidad Nacional del Altiplano]. http://tesis.unap.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/6288/Layme_Paja_Elizabeth_Zoraida.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Lawton M. P. (1999). Quality of life in chronic illness. *Gerontology*, 45(4), 181–183. <https://doi.org/10.1159/000022083>
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and coping*. Springer publishing company. https://doi.org/10.1007/978-1-4419-1005-9_215
- Lazcano-Ponce, E., Palacio-Mejía, L. S., Allen-Leigh, B., Yunes-Diaz, E., Alonso, P. Shiavon, R., & Hernandez-Avila, M. (2008). Decreasing Cervical Cancer Mortality in Mexico: Effect of Papanicolaou Coverage, Birthrate, and the Importance of Diagnostic Validity of Cytology. *Cancer Epidemiology Biomarkers & Prevention*, 17, 2808-2817.

INTERV. COG-CONDUCTUAL CÁNCER GINECOLÓGICO

<https://doi.org/10.1158/1055-9965.EPI-07-2659>

- León, C., Jovell, E., Mirapeix, R., Arcusa, A., & Blasco, T. (2012). Factores predictores de solicitud de ayuda psicológica en los meses inmediatos al diagnóstico oncológico. *Psicooncología*, 9(2-3), 289-298. https://doi.org/10.5209/rev_PSIC.2013.v9.n2-3.40898
- Lewis-Smith, H, Claire Diedrichs, P, & Harcourt, D (2018). A pilot study of a body image intervention for breast cancer survivors. *Body image*, 27, 21-31. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2018.08.006>
- López, J., Aguirre-Loaiza, H., Ortiz, A., Caballo, V. & Núñez, C. (2021). Calidad de vida y estrategias de afrontamiento en pacientes con cáncer ginecológico. *Suma Psicológica*, 28(2), 88-96. <https://doi.org/10.14349/sumapsi.2021.v28.n2.3>
- López, S., Cruzado, J., & Feliu, Jaime. (2012). Daños Neuropsicológicos Asociados a los Tratamientos Quimioterapéuticos: Una Propuesta de Evaluación. *Clínica y Salud*, 23(1), 324. <https://doi.org/10.5093/cl2012a3>
- López, T. & Sevilla, N. (2021). El cáncer y su relación inexorable con la muerte: un análisis del vínculo entre su incidencia y la información adquirida en la sociedad del siglo XXI, *Revista Dilemas Contemporáneos: Educación, Política y Valores*, 58(1), 1-22. <https://www.dilemascontemporaneoseduccionpoliticayvalores.com/index.php/dilemas/article/view/2812/2828>
- Luanaigh, C. O., & Lawlor, B. A. (2008). Loneliness and the health of older people. *International Journal Geriatric Psychiatry*, 23, 1213–1221. <https://doi.org/10.1002/gps.2054>
- Mahdi, H., Swensen, R. E., Munkarah, A. R., Chiang, S., Luhrs, K., Lockhart, D., & Kumar, S. (2011). Suicide in women with gynecologic cancer. *Gynecologic Oncology*, 122, 344-349. <https://doi.org/10.1016/j.ygyno.2011.04.015>
- Mahoney, M. J., & Thoresen, C. E. (1972). Behavioral Self-Control: Power to the Person. *Educational Researcher*, 1(10), 5-7. <https://doi.org/10.3102/0013189X001010005>

INTERV. COG-CONDUCTUAL CÁNCER GINECOLÓGICO

- Mann, H. B., & Whitney, D. R. (1947). On a test of whether one of two random variables is stochastically larger than the other. *Annals of Mathematical Statistics*, 18(1), 50–60. <https://doi.org/10.1214/aoms/1177730491>
- Manne, S. L., Kashy, D. A., Rubin, S., Hernandez, E., & Bergman C. (2012). Therapist and patient perceptions of alliance and progress in psychological therapy for women diagnosed with gynecological cancers. *Journal Consult Clinic Psychology*, 80, 800-810. <https://doi.org/10.1037/a0029158>
- Manne, S. L., Winkel, G., Rubin, S., Edelson, M., Rosenblum, N., Bergman, C., Hernandez, E., Carlson, J., & Rocereto, T. (2008). Mediators of a coping and communication-enhancing intervention and a supportive counseling intervention among women diagnosed with gynecological cancers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 1034-1045. <https://doi.org/10.1037/a0014071>
- Manne, S. L., Winkel, G., Zaidler, T., Rubin, S., Hernandez, E., & Bergman, C. (2010). Therapy processes and outcomes of psychological interventions for women diagnosed with gynecological cancers: a test of the generic process model of psychotherapy. *Journal Consult Clinic Psychology*, 78(2), 236-248. <https://doi.org/10.1037/a0018223>
- Marks, D., Murray, M., Evans, B., Willig, C., Woodall, C. & Sykes, C. (2008). Psicología de la Salud: Teoría, investigación y práctica. Mexico: Manual Moderno.
- Martín A., J., Núñez, J. L., Navarro, J. G., & Grijalvo, F. (2007). The Rosenberg Self-Esteem Scale: Translation and validation in university students. *The Spanish Journal of Psychology*, 10(2), 458-467. <https://doi.org/10.1017/S1138741600006727>
- Martínez-Cuervo, N., Zamudio Silva, P., Rodríguez-Medina, D., Luna Flores, R., Landa, A. & Domínguez, B. (2020). Terapia cognitivo-conductual grupal sobre la sintomatología depresiva ansiosa y temperatura nasal en mujeres con cáncer de mama: Estudio piloto. *Psicooncología*, 17(2), 255-271. <https://doi.org/10.5209/psic.70290>
- Martínez, P., Andreu, Y., Galdón, M. J., Romero, R., García, A. y Llobart, P. (2017). Distrés

INTERV. COG-CONDUCTUAL CÁNCER GINECOLÓGICO

- emocional y problemas asociados en población oncológica adulta. *Psicooncología*, 14(2-3), pp. 217-228. <https://doi.org/10.5209/PSIC.57081>
- Mehnert, A., & Koch, U. (2008). Psychological comorbidity and health-related quality of life and its association with awareness, utilization, and need for psychosocial support in a cancer register-based sample of long-term breast cancer survivors. *Journal of Psychosomatic Research*, 64, 383-391. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2007.12.005>
- Meichenbaum, D. (1977). Cognitive Behaviour Modification. *Scandinavian Journal of Behaviour Therapy*, 6, 185-192. <http://dx.doi.org/10.1080/16506073.1977.9626708>
- Meichenbaum, D. H. (1977). *Cognitive behavior modification: An integrative approach*. Plenum Press. <http://dx.doi.org/10.1007/978-1-4757-9739-8>
- Meichenbaum, D. H., & Cameron, R. (1983). *Stress inoculation training: Toward a general paradigm for training coping skills*. Plenum Press.
- Méndez, D.A. & Villarraga, J. V. (2020). *Efectos psicológicos relacionados con la quimioterapia en pacientes oncológicos con cáncer de mama*. [Tesis de doctorado, Universidad Cooperativa de Colombia. Facultad De Ciencias Sociales, Humanas Y Educación]. https://repository.ucc.edu.co/bitstream/20.500.12494/19972/1/2020_cancer_quimioterapia_a_efectos.pdf
- Mesa-Rodríguez, D., Reyes-Tápanes, M., & Tudela-Pereira, D. (2021). Comportamiento de los estilos de afrontamiento a la enfermedad en pacientes oncológicos. Matanzas 2019. *Revista Científica Estudiantil de Ciencias Médicas de Matanzas*, 1(1). <http://revmedest.sld.cu/index.php/medest/article/view/25>
- Miller, D., Thomas, B., & Kim, H. S. (2012). Spirituality and social support: how they influence quality of life in cancer patients. *Psycho-Oncology*, 21(1), 100-100.
- Montgomery, G. H., Kangas, M., David, D., Hallquist, M. N., Green, S., Bovbjerg D. H., & Schnur, J. B. (2009). Fatigue during breast cancer radiotherapy: An initial randomized

INTERV. COG-CONDUCTUAL CÁNCER GINECOLÓGICO

- study of cognitive-behavioral therapy plus hypnosis. *Health Psychology*, 28, 317-322.
<https://doi.org/10.1037/a0013582>
- Montgomery, G. H., & Schnur, J. B. (2005). Eficacia y aplicación de la hipnosis clínica. *Revista papeles del psicólogo*, 89(1), 3-8.
- Montgomery, G. H., DuHamel, K. N., & Redd, W. H. (2000). A meta-analysis of hypnotically induced analgesia: How effective is hypnosis?. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 48, 138–153. <https://doi.org/10.1080/00207140008410045>
- Montgomery, G. H., Hallquist, M. N., Shnour, J. B., David, D., Silverstein J., H. & Bovjerg, D. H. (2010). Mediators of bried hipnosis intervention to control side efects in breast sugerí patients: Response expectancies and emotional distress. *Journal Consulting and clinical Psychology*, 78, 80-88. <https://doi.org/10.1037/a0017392>
- Montgomery, G. H., Schnur, J. B., & Kravits, K. (2012). Hypnosis for Cancer Care: 200 years young. *Cancer Journal for Clinicians*, 63, 31-44. <https://doi.org/10.3322/caac.21165>
- Montiel-Castillo, V. (2019). Programa psicoeducativo para el afrontamiento activo a la enfermedad de mujeres con cáncer de mama en intervalo libre de enfermedad. *Psicooncología*, 16(1), 205-206. <https://doi.org/10.5209/PSIC.63656>
- Moonsammy, S. H., Guglietti, C. L., Mina, D. S, Ferguson, S., Kuk, J. L., Urowitz, S. U., Wiljer, D., & Ritvo, P. (2013). A pilot study of an exercise & cognitive behavioral therapy intervention for epithelial ovarian cancer patients. *Journal of Ovarian Research*, 6, 21.
<https://doi.org/10.1186/1757-2215-6-21>
- Moorey, S., & Greer, S. (1989). Psychological Therapy for Patients with Cancer: A new Approach. Heinemann Medical Books.
- Moral, J., & Martínez, J. (2009). Reacción ante el diagnóstico de cáncer en un hijo: estrés y afrontamiento. *Psicología y Salud*, 19(2), 189-196.
- Moro, L., Kern, E., & Gonzalez, M. (2014). El proceso de comunicación en oncología: relato de

INTERV. COG-CONDUCTUAL CÁNCER GINECOLÓGICO

una experiencia. *Psicooncología*, 11(2-3), 403-418.

https://doi.org/10.5209/rev_PSIC.2014.v11.n2-3.47397

- Myers, S. B., Manne, S.L., Kissane, D. W. Ozga, M. Kashy, D. Rubin, S. Heckman, C., Rosenblum, N., Morgan, M., & Graff, J. (2013). Social-cognitive processes associated with fear of recurrence among women newly diagnosed with gynecological cancers. *Gynecologic oncology*, 128, 120-127. <https://doi.org/10.1016/j.ygyno.2012.10.014>
- Nausheen, B., Gidron, Y., Peveler, R., & Moss-Morris, R. (2009). Social support and cancer progression: A systematic review. *Journal of Psychosomatic Research*, 67, 403-415. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2008.12.012>
- Nazik, E., Nazik, H., Ozdemir, F., & Soydan, S. (2014). Social Support and Quality of Life in Turkish Patients with Gynecologic Cancer. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 15(7), 3081-3086. <https://doi.org/10.7314/apjcp.2014.15.7.3081>
- Nho, J., Kim, S. & Kwon, P. (2014). Depression and appetite: predictors of malnutrition in gynecologic cancer. *Support Care Cancer*, 22(11), 3081-3088. <https://doi.org/10.1007/s00520-014-2340-y>
- Nout, R. A., Putter, H., Jurgensliemk-Schulz, I. M., Jobsen, J. J., Lutgens, L. C., van der Steen-Banasik, E. M. (2009). Quality of life after pelvic radiotherapy or vaginal brachytherapy for endometrial cancer: first results of the randomized PORTEC-2 trial. *Journal of Clinical Oncology*, 27, 3547-3556. <https://doi.org/10.1200/JCO.2008.20.2424>
- Ocampo, J., Valdez, J. González, N., López, A. & Andrade, P. (2019). Psychological intervention in the quality of life of patients with breast and cervical cancer. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 28(4), 513-521. <http://dx.doi.org/10.24205/03276716.2018.1051>
- Olivares, P., Aguilar, J., Adrianzen, R., Revilla, J., Zavaleta, A., Martinez, G., & Huapaya, A. (2019). Calidad de vida en mujeres con cáncer de mama que acuden al Departamento de Oncología. Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. Callao - 2018. *Horizonte Médico*

INTERV. COG-CONDUCTUAL CÁNCER GINECOLÓGICO

(Lima), 19(4), 50-56. <https://dx.doi.org/10.24265/horizmed.2019.v19n4.07>

Olivares, M. E. (2004) Aspectos psicológicos en el cáncer ginecológico. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 22, 29-48.

<https://revistas.urosario.edu.co/index.php/apl/article/view/1263/1145>

Oñate O., L.F., Alcántara P., A., Vilar C., D., García H., G., Rojas C., E., Alvarado A., S. et al. (2009). Validation of the Mexican Spanish version of the EORTC C30 and STO22 questionnaires for the evaluation of health-related quality of life in patients with gastric cancer. *Annals of Surgical Oncology*, 16(1), 88-95. <https://doi.org/10.1245/s10434-008-0175-9>

Organización Mundial de la Salud. (2020). *Cáncer Fact Sheets*. <https://gco.iarc.fr/today/fact-sheets-cancers>

Organización Panamericana de la Salud (2019). *Cuáles son las 10 principales amenazas a la salud en 2019*. https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14916:ten-threats-to-global-health-in-2019&Itemid=135&lang=es

Ott, J. J., Ullrich, A., & Miller, A. B. (2009). The importance of early symptom recognition in the context of early detection and cancer survival. *European Journal of Cáncer*, 45, 2743-2748. <https://doi.org/10.1016/j.ejca.2009.08.009>

Otzen, Tamara, & Manterola, Carlos. (2017). Técnicas de Muestreo sobre una Población a Estudio. *International Journal of Morphology*, 35(1), 227-232. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-95022017000100037>

Palacios, O., Torres, T. & Galarza, D. (2020). La experiencia de la persona adulta con la infección por virus del papiloma humano: una revisión panorámica. *Población y Salud en Mesoamérica*, 17(2), 278-307. <https://doi.org/10.15517/psm.v17i2.40046>

Pasek, M., Suchocka, L., & Urbanski, K. (2013). Quality of life in cervical cancer patients treated with radiation therapy. *Journal of Clinical Nursing*, 22, 690-697.

INTERV. COG-CONDUCTUAL CÁNCER GINECOLÓGICO

<https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2012.04350>

Pena, D., Rezende, G., Alfonso, I., Da Cunha, M. & Leal, M. (2021). Quality of life of patients with cancer undergoing chemotherapy in hospitals in Belo Horizonte, Minas Gerais State, Brazil: does individual characteristics matter? *Cuadernos de Saude Pública*, 37(8), 1-15.

<https://doi.org/10.1590/0102-311X00002220>

Penson, R. T., Wenzel, L. B. Vergote, I. & Cella, D. (2006). Quality of life considerations in gynecologic cancer. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 95(1), 247-257.

[https://doi.org/10.1016/S0020-7292\(06\)60040-4](https://doi.org/10.1016/S0020-7292(06)60040-4)

Pérez, C. (2009). Propuesta de intervención psicológica en pacientes con cáncer de mama en la atención primaria de salud. *Psicología científica*.

<https://www.psicologiacientifica.com/pacientes-con-cancer-de-mama-intervencion/>

Pérez, F., Guerra, L.I. & Alarcon, O. (2020). Programa Educativo para la prevención del cáncer cervicouterino. *Revista Científico Educativa de la Provincia de Granma*, 17(1), 439-

458. <https://revistas.udg.co.cu/index.php/roca/article/view/2237/4316>

Pilecki, B., & McKay, D. (2013). The Theory-Practice Gap in Cognitive-Behavior Therapy.

Behavior therapy, 44, 541-547. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2013.03.004>

Pintado, C., & Sheila, M. (2013). Bienestar emocional, imagen corporal, autoestima y sexualidad en cáncer de mama. [Tesis doctoral, Universidad de Valencia]

<https://roderic.uv.es/handle/10550/26371>

Piña, J. A., Corrales, A. E. & Rivera, B. M. (2007). Validación del cuestionario de apoyo social funcional en personas seropositivas al vih del noroeste de Mexico. *Ciencia y Enfermería*,

13, 53-63. <https://doi.org/10.4067/S0717-95532007000200007>

Pocino, M., Luna, G., Canelones, P., Mendoza, A., Romero G., Palacios, L., Rivas, L., & Castés, M. (2007). La relevancia de la intervención psicosocial en pacientes con cáncer de mama.

Psicooncología, 4(1), 59-73. <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2303910>

INTERV. COG-CONDUCTUAL CÁNCER GINECOLÓGICO

- Ponce, M. (2012). Risk Perception and Opinions about Cervical and Breast Cancer in Adult Women in the City of Buenos Aires. *Rev Argent Salud Pública*, 3(13), 6-12.
<http://saludinvestiga.org.ar/rasp/edicion-completa/RASPVolumen-XIII.pdf#page=6>
- Prieto, A. (2004). Psicología Oncológica. *Revista Profesional Española de Terapia Cognitivo-Conductual*, 2, 107-120.
<https://www.kimerius.es/app/download/5788987416/Psicolog%2525C3%2525ADa%2525Boncol%2525C3%2525B3gica.pdf>
- Qiu, J., Chen, W., Gao, X., Xu, Y., Tong, H., Yang, M., Xiao, Z., & Yang, M. (2013). A randomized controlled trial of group cognitive behavioral therapy for Chinese breast cancer patients with major depression. *Journal of Psychosomatic Obstetrics Gynaecology*, 34, 60-70. <https://doi.org/10.3109/0167482X.2013.766791>
- Quintero, M. F., & Finc, C. (2018). Intervenciones psicológicas eficaces en pacientes con cáncer de mama en Latinoamérica y España: una revisión sistemática. *Psicooncología*, 15(1), 49-64. <https://doi.org/10.5209/PSIC.59174>
- Ramírez, A. (2019). La intervención psicoeducativa y la psicología educativa: Una diferencia necesaria. En Riaño, M. *Contexto educativo: convergencias y retos desde la perspectiva psicológica*. (pp.35-57). Ediciones Universidad Simón Bolívar.
- Ramírez, M., Rojas, M. & Landa, E. (2017). Efecto de una intervención cognitivo conductual breve sobre el afrontamiento y las sintomatologías ansiosa y depresiva de pacientes con cáncer de mama sometidas a mastectomía. *Revista latinoamericana de medicina conductual*, 7(1), 1-8.
<http://www.revistas.unam.mx/index.php/rlmc/article/view/61659/54306>
- Rey, R., Pita, S., Cereijo, C., Seoane, M., Balboa, V. & González, C. (2017). Calidad de vida, ansiedad antes y después del tratamiento de mujeres con cáncer de mama. *Revista Latinoamericana de Enfermagem*, 25, e2958. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2258.2958>

INTERV. COG-CONDUCTUAL CÁNCER GINECOLÓGICO

- Rhue, J. W., Lynn, J. & Kirsch, I (1996). Handbook of clinical hypnosis. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10274-000>
- Rivero, R., Piquerías, J., Ramos, V., García, L., Martínez, A., & Oblitas, L. (2008). Psicología y cáncer. *Suma Psicológica*, 15(1) 171-198.
<http://publicaciones.konradlorenz.edu.co/index.php/sumapsi/article/download/21/7>
- Rodas, M. (2020). Calidad de vida percibida por pacientes oncológicos en estadio III y IV, del Hospital José Carrasco Arteaga. Cuenca 2018. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas Universidad de Cuenca*, 38(1), 23-32. <https://doi.org/10.18537/RFCM.38.01.05>
- Rosenthal, R., & Rubin, D. B. (2003). r equivalent: A simple effect size indicator. *Psychological Methods*, 8(4), 492- 496. <https://doi.org/10.1037/1082-989X.8.4.492>
- Rowshan, A. (2000). El estrés: técnicas positivas para atenuarlo y asumir el control de tu vida. Barcelona. Ediciones Oniro.
- Royston, J. P. (1993). A toolkit of testing for non-normality in complete and censored samples. *Journal of the Royal Statistical Society. Series D (The Statistician)*, 42(1), 37-43.
<https://doi.org/10.2307/2348109>
- Ruiz, L, De Labry, A.O., Delgado, C.J., Herrero, M.M., Muñoz, N., Pasquau, J. et al. (2005). Impacto del apoyo social y la morbilidad psíquica en la calidad de vida en pacientes tratados con antirretrovirales. *Psicothema*, 17, 245-249.
<http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=3094>
- Ruiz, J., & Riul, S. (2010). Evaluación de la calidad de vida de portadoras de cáncer ginecológico, sometidas a quimioterapia antineoplásica. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 18(5), 849-855. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692010000500003>
- Salas, Z. C., & Grisales, R. H. (2010). Quality of life and associated factors in women with breast cancer in Antioquia, Colombia. *Revista Panamericana de la Salud Publica*, 28(1), 9–18. <https://doi.org/10.1590 / s1020-49892010000700002>

INTERV. COG-CONDUCTUAL CÁNCER GINECOLÓGICO

Sánchez, R., Sierra, F. y Martín, E. (2015). ¿Qué es calidad de vida para un paciente con cáncer?. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 33(3), 321-385.

<https://doi.org/10.12804/apl33.03.2015.01>

Sankaranarayanan, R., & Ferlay, J. (2006). Worldwide Burden of Gynaecological Cancer: The Size of the Problema. *Best Practice Research Clinical Obstetrics Gynaecology*, 20, 207-225. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2005.10.007>

Sat-Muñoz, D., Morán Mendoza, A. J., Solano-Murillo, P., Balderas-Peña, L. M.^a A., Rivera-Morales, D., Iñíguez-Virgen, A., Salcedo-Rocha, A. L., & García de Alba-García, J. E. (2012). Papel del cuestionario EORTC QLQ-C30 en la predicción de riesgo de desnutrición en pacientes mexicanos con cáncer de cabeza y cuello. *Nutrición Hospitalaria*, 27(2), 477-482. <https://doi.org/10.3305/nh.2012.27.2.5511>

Schneiderman, N. (2004). Psychosocial, behavioral, and biological aspects of chronic diseases. *Current Directions in Psychological Science*, 13, 247-251. <https://doi.org/10.1111/j.0963-7214.2004.00318.x>

Schnur, J. B., David, D., Kangas, M., Green, G., Bovbjerg, D. H., & Montgomery, G. H. (2009). A randomized trial of a cognitive-behavioral therapy and hypnosis intervention on positive and negative affect during breast cancer radiotherapy. *Journal of clinical psychology*, 65, 443-445. <https://doi.org/10.1002/jclp.20559>

Schofield, P., Juraskova, I., Bergin, R. Gough, K., Mileskin, L., Krishnasamy, M. White, K., Bernshaw, D. Penberthy, S., & Aranda, S. (2013). A nurse- and peer-led support program to assist women in gynaecological oncology receiving curative radiotherapy, the pentagon study peer and nurse support trial to assist women in gynaecological oncology: study protocol for a randomised controlled trial. *Trials*, 14, 1-11. <https://doi.org/10.1186/1745-6215-14-39>

Sebastián, J., Manos, D., Bueno, M. J., & Mateos, N. (2007). Imagen corporal y autoestima en mujeres con cáncer de mama participantes en un programa de intervención psicosocial. *Clínica y Salud*, 18, 137-161. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?Id=180613878002>

INTERV. COG-CONDUCTUAL CÁNCER GINECOLÓGICO

- Set, T., Kotwal, A., Thakur, R. K., & Ganguly, K. (2012). A Study on Community Perceptions of Common Cancers, Determinants of Community Behaviour and Program Implementation in New Delhi, India. *Asian Pacific Journal Cancer Prevention*, 13, 2781-2789. <https://doi.org/10.7314/APJCP.2012.13.6.2781>
- Setoya, Y., Yamazaki, Y., & Namayama, K. (2011) benefits of peer support in online japanese breast cancer communities: differences between lurkers and posters, *Journal Med Internet Res*, 13, 22. <https://doi.org/10.2196/jmir.1696>
- Shapiro, S. S., & Wilk, M. B. (1965). An analysis of variance test for normality (complete samples). *Biometrika*, 52(3-4), 591-611. <https://doi.org/10.1093/biomet/52.3-4.591>
- Siedentopf, F., Marten-Mittag, B., Utz-Billing, I., Schoenegg, W., Kentenich, H., & Dinkel, A. (2010). Experiences with a specific screening instrument to identify psychosocial support needs in breast cancer patients. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 148, 166-171. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2009.10.014>
- Siegel, S. & Castellán, J. (1988). Non-parametric statistics for the behavioral sciences (2nd ed.). McGraw-Hill.
- Silva M., M. A. (2017). Importancia de una intervención psicoeducativa sobre sexualidad en mujeres sometidas a una histerectomía. Una revisión de la literatura. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 82(6), 666-674. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262017000600666>
- Snow A., Dorfman D., Warbet R., Cammarata M., Eisenman S., Zilberfein F., Isola L. & Navada S. (2012). A randomized trial of hypnosis for relief of pain and anxiety in adult cancer patients undergoing bone marrow procedures. *Journal of Psychosocial Oncology*, 30, 281-93. <https://doi.org/10.1080/07347332.2012.664261>
- So W. K., Leung, D. Y., Ho. S. S., Lai, E.T., Sit, J.W., & Chan, C.W. (2013). Associations between social support, prevalent symptoms and health-related quality of life in Chinese women undergoing treatment for breast cancer: A cross-sectional study using structural

INTERV. COG-CONDUCTUAL CÁNCER GINECOLÓGICO

- equation modelling, *European Journal Of Oncology Nursing*, 17, 442-448.
<https://doi.org/10.1016/j.ejon.2012.11.001>
- Sohl, S. J., Stossel, L., Schnur, J.B., Tatrow, K., Gherman, A. & Montgomery, G. H. (2010). Intentions to use hypnosis to control the side effects of cancer and its treatment. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 53, 93-100. <https://doi.org/10.1080/00029157.2010.10404331>
- Spoletini, I., Gianni, W., Caltagirone, C., Madaio, R., Repetto, L., & Spalletta, G. (2011). Suicide and cancer: where do we go from here?. *Critical Reviews in Oncology Hematology*, 78(3), 206-219. <https://doi.org/10.1016/j.critrevonc.2010.05.005>
- Sucala, M., Schnur, J. B., & Glazier, K. (2013). Hypnosis there's an app for that: a systematic review of hypnosis apps. *Revista Internacional de Hipnosis Clínica y Experimental*, 61, 463-474. <https://doi.org/10.1080/00207144.2013.810482>
- Suinn, R. M., & Richardson, F. (1971). Anxiety management training: A non specific behavior therapy program for anxiety control. *Behavior Therapy*, 2, 498-511.
[https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(71\)80096-5](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(71)80096-5)
- Sutherland A, Orbach C, Dyk R, & Bard, M. (1952). The psychosocial impact of cancer and cancer surgery I: Adaptation to the dry colostomy: preliminary report and summary of findings. *Cancer*, 5: 857-72. [https://doi.org/10.1002/1097-0142\(195209\)5:5<857::AID-CNCR2820050503>3.0.CO;2-Y](https://doi.org/10.1002/1097-0142(195209)5:5<857::AID-CNCR2820050503>3.0.CO;2-Y)
- Tamez, A. & Rodriguez, J. (2017). Integración de modelo cognitivo conductual y terapia centrada en soluciones en un caso de falta de asertividad y baja autoestima. *Revista Electrónica de Psicología de Iztacala*, 20(1), 338-372.
<https://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol20num1/Vol20No1Art19.pdf>
- Taylor, C. L., Kulik, J., Badr, H., Smith, M., Basen-Engquist, K., Penedo, F., & Gritz, E. R. (2007). A social comparison theory analysis of group composition and efficacy of cancer

INTERV. COG-CONDUCTUAL CÁNCER GINECOLÓGICO

- support group programs. *Social Science & Medicine*, 65, 262-273.
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.03.024>
- Téllez, A. (2007). *Hipnosis Clínica: Un Enfoque Ericksoniano*. Editorial Trillas.
- Téllez, A., Rodríguez-Padilla, C., Martínez-Rodríguez, J. L., Juárez-García, D., Sanchez-Armass, O., Sánchez, T., Segura, G. & Jaime-Bernal, L. (2017). Efectos psicológicos de la hipnoterapia grupal en pacientes con cáncer de mama durante la quimioterapia. *Revista estadounidense de hipnosis clínica*, 60 (1), 68–84.
<https://doi.org/10.1080/00029157.2016.1210497>
- Teo, I., Krishnan, A. & Ling, G. (2019). Psychosocial interventions for advanced cancer patients: A systematic review. *Psychooncology*, 28 (7), 1394-1407.
<https://doi.org/10.1002/pon.5103>
- Tomé-Pires, C., & Miro, J. (2012). Hypnosis for the management of chronic and cancer procedure- related pain in children. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 60, 432-457. <https://doi.org/10.1080/00207144.2012.701092>
- Toral, J. (2004). Complicaciones debidas al tratamiento oncológico que afectan a la nutrición. En Gomez, C. y Sastre, A. (2a ed). *Soporte Nutricional en el Paciente Oncológico*. (pp. 184-196). BMS.
- Torem M. S. (1990). *Ego-Strengthening*. In D.C. Hammond (Ed.) *Hypnotic Suggestions and Metaphors* (pp.110-112). W. Norton.
- Torpy, J., Lynn, C., & Glass, R. (2010). Cáncer: the basics. *Journal American Medical Association*, 303, 1198 <https://doi.org/10.1001/jama.303.11.1108>
- Torrecilla, M., Casari, L., & Rivas, J. (2016). Afrontamiento y calidad de vida en mujeres pacientes oncológicas. *PSIENCIA. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 8(3), 1-16. <http://dx.doi.org/10.5872/psiencia/8.3.21>
- Trivers, K. F., Rodriguez, J. L., Hawkins, N. A., Cooper, C. P., Polonec, L., & Gelb, C. A.

INTERV. COG-CONDUCTUAL CÁNCER GINECOLÓGICO

- (2011). Intention to seek care for symptoms associated with gynecologic cancers, healthstyles Survey, 2008. *Preventing chronic disease*, 8(6), 144.
http://www.cdc.gov/pcd/issues/2011/nov/10_0264.htm
- Trull, T., & Phares, J. (2003). *Psicología Clínica*. Thompson.
- Uclés, V. & Rodriguez, G. (2018). Quimiocerebro ¿Una entidad desconocida? *Revista Clínica de la Escuela de Medicina*, 8(1), 1-10. <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcliescmed/ucr-2018/ucr181f.pdf>
- Uriás, B. (2012). *Efectos de una intervención cognitivo – conductual en la calidad de vida de pacientes con cáncer de mama y cuidador primario*. [Tesis de Mastría, Universidad Autónoma de Nuevo León]. <https://cd.dgb.uanl.mx/handle/201504211/5448>
- Urrutia, M., Concha, X. & Padilla, O. (2014). Calidad de vida en mujeres con cáncer cervicouterino. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 79(5), 368-377.
<http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262014000500003>
- Vargas, R. (2018). *Calidad de vida en mujeres de 60 años y más con cáncer, adscritas a un hospital de la provincia de concepción y su relación con los determinantes sociales de la salud*. [Tesis de Magister, Universidad de Concepción de Chile].
[http://repositorio.udec.cl/bitstream/11594/3004/4/Tesis Calidad de vida en mujeres de 60 años.C3%BIos.Image.Marked.pdf](http://repositorio.udec.cl/bitstream/11594/3004/4/Tesis%20Calidad%20de%20vida%20en%20mujeres%20de%2060%20a%C3%B1os.Image.Marked.pdf)
- Vázquez, L., Galindo, O., Bargallo, E., Herrera, A., Cabrera, P., Meneses, A., Lerma, A. & Aguilar, J. (2017). Factores predictores de función cognitiva, sintomatología de depresión y ansiedad en pacientes con cáncer de mama. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*, 8(1), 24-34. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=283059952005>
- Vázquez, M. A. J., Jiménez, G. B. R., & Vázquez, M. J. R. (2004). Escala de autoestima de rosenberg: fiabilidad y validez en población clínica española. *Apuntes de Psicología*, 22, 247-250. <http://www.apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/view/53/55>
- Vega-Angarita, O. M. (2011). Family Caregivers of Chronically Ill Patients: Perception of

INTERV. COG-CONDUCTUAL CÁNCER GINECOLÓGICO

- Functional Social Support. *Aquichan*, 11(3), 274-286.
<http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/rt/prINTERFRIENDLY/2019/html>
- Vera, P. (2004). Estrategias de intervención en psicología clínica: las intervenciones apoyadas en la evidencia. *Liberabit. Revista Peruana de Psicología*, (10), 4-10.
- Viada, C., Bouza, C., Ballesteros, J., Fors, M., Alvarez, M., Frias, A., Garcia, L., Santiesteban, Y., Santiesteba, Y, & Ramos, M. (2020). Quality of life assessment as a predictor of survival in cancer. *Bionatura*, 5(3) 1223-1229.
<https://doi.org/10.21931/RB/2020.05.03.10>
- Vida, M. C. (2008). Psiquiatría y psicología del paciente con cáncer. *Polemos*.
- Villarroel, Z. (2009). Redes de apoyo social y calidad de vida en pacientes oncológicos del hospital obrero no 2 de la caja nacional de salud. *Revista Medica Cochabamba*, 20(30), 21-25.
http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?pid=S207446092009000100005&script=sci_arttext&tlng=pt
- Vin-Raviv, N., Hillyer, G. C., Hershman, D. L., Galea, S., Leoce, N., Bovbjerg, D. H., Kushi, L. H. (2013). Racial disparities in posttraumatic stress after diagnosis of localized breast cancer: The BQUAL study. *Journal of National Cancer Institute* 105, 563-572.
<https://doi.org/10.1093/jnci/djt024>
- Ward, K. K., Roncancio, A. M., & Plaxe, S. C. (2013). Women with gynecologic malignancies have a greater incidence of suicide than women with other cancer types. *Suicide Life Threatening Behavior*, 43(1), 109-115. <https://doi.org/10.1111/sltb.12002>
- Watkins, HH. (1980). La abreacción silenciosa. *Revista internacional de hipnosis clínica y experimental*, 28 (2), 101-113. <https://doi.org/10.1080/00207148008409833>
- Wenzel, L., Vergote, I., & Cella, D. (2003). Quality of life in patients receiving treatment for gynecologic malignancies: special considerations for patient care. *Journal Gynaecologic Obstetric*, 83(1), 211-29. [https://doi.org/10.1016/S0020-7292\(03\)90123-8](https://doi.org/10.1016/S0020-7292(03)90123-8)

INTERV. COG-CONDUCTUAL CÁNCER GINECOLÓGICO

Wethington, E., & Kessler, R. C. (1996). Perceived support, received support, and adjustment to stressful life events. *Journal of Health and Social Behavior*, 27, 78-89.

<https://doi.org/10.2307/2136504>

Wilcoxon, F. (1945). Individual comparisons by ranking methods. *Biometrics Bulletin*, 1(6), 80–83. <https://doi.org/10.2307/3001968>

Wilkerson, J. E., Bailey, J. M., Bieniasz, M. E., Murray, S. I., & Ruffin, M. T. (2009). Psychosocial factors in risk of cervical intraepithelial lesions. *Journal of womens health*, 18, 513-518. <https://doi.org/10.1089/jwh.2008.0982>

Zaldívar, D. (1994). La terapia asertiva: una estrategia para su empleo. *Revista Cubana de Psicología*, 11(1), 53-64. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rcp/v11n1/09.pdf>

Zeolla, H. (1980). *Rehabilitación psicofísica de la operada de mama*. Celam